

**ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ІВАНО–ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

На правах рукопису

**Новицький Олег Васильович**

УДК: 616–089+616.352–007.253+616–06

**Хірургічне лікування ішло-, ретро- і  
пельвіоректального гострого парапроктиту та  
профілактика його ускладнень**

14.01.03 –хірургія

Дисертація

на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Науковий керівник  
**ШЕВЧУК ІГОР МИХАЙЛОВИЧ**  
доктор медичних наук, професор

ІВАНО - ФРАНКІВСЬК – 2011

## ЗМІСТ

ЗМІСТ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТІОЛОГІЮ, ПАТОГЕНЕЗ, ДІАГНОСТИКУ ТА КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЛИБОКІ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ (огляд літератури)	13
1.1. Етіологія, патогенез та класифікація гострого парапроктиту	13
1.2. Особливості клінічного перебігу та діагностики глибоких форм гострого парапроктиту	19
1.3. Принципи комплексного лікування хворих на глибокі форми гострого парапроктиту	23
1.4. Місцеве лікування післяопераційних ран у хворих на гострий парапроктит	28
РОЗДІЛ 2	
КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ	33
2.1. Загальноклінічні та інструментальні методи дослідження хворих	33
2.2. Клінічна характеристика хворих та методів лікування	39
РОЗДІЛ 3	
КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ГЛИБОКИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ	53

3.1. Результати загальноклінічних і біохімічних досліджень та оцінка стану тяжкості хворих на глибокі форми гострого парапроктиту	53
3.2. Клінічна симптоматика глибоких форм гострого парапроктиту	57
3.3. Результати застосування інструментальних методів діагностики глибоких форм гострого парапроктиту	61

#### РОЗДІЛ 4

### ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГЛИБОКИМИ ФОРМАМИ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

80

4.1. Результати хірургічного лікування хворих з глибокими формами гострого парапроктиту	80
4.2. Оцінка безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування хворих на глибокі форми гострого парапроктиту	97

#### РОЗДІЛ 5

### ВИБІР АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА РЕЖИМУ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЛИБОКІ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

101

5.1. Характеристика мікробних збудників глибоких форм гострого парапроктиту	101
5.2. Антибактеріальна профілактика та антибактеріальна терапія у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту	104

#### РОЗДІЛ 6

### МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ ОПЕРАЦІЙНИХ РАН У ХВОРИХ ГЛИБОКИМИ ФОРМАМИ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

116

6.1. Результати місцевого лікування операційних ран промежини і анального каналу у хворих на ішіоректальний гострий парапроктит	118
6.2. Результати місцевого лікування операційних ран промежини	

і анального каналу у хворих на пельвіоректальний, ретроректальний, підковоподібний гострий парапроктит	128
6.3. Результати місцевого лікування операційних ран промежини і анального каналу у хворих із глибокими формами гнильного парапроктиту	133
РОЗДІЛ 7	
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ	139
ВИСНОВКИ	152
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО ТА ПРАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ	154
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	155
ДОДАТКИ	175

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АлАТ	аланінамінотрансфераза
АсАТ	аспартатамінотрансфераза
АТ	артеріальний тиск
ГП	гострий парапроктит
КУО	колонієутворююча одиниця
ЛШ	лейкоцитарний індекс інтоксикації
МРТ	магнітно–резонансна томографія
РРС	ректороманоскопія
УСГ	ультрасонографія
ЧД	частота дихання
ЧСС	частота серцевих скорочень

## ВСТУП

**Актуальність теми.** В останні роки відзначають ріст хірургічних захворювань прямої кишки. З кожної тисячі дорослих осіб 287 страждають на ті чи інші проктологічні захворювання [1]. Одним із найбільш поширених захворювань в невідкладній проктології залишається гострий парапроктит (ГП), який діагностують приблизно у 20 % проктологічних хворих, з яких біля 75 % складають особи працездатного віку [2, 3].

Ішіоректальний, пельвіоректальний, ретроректальний ГП відносять до глибоких чи складних форм захворювання [4, 5]. Через відсутність характерних клінічних симптомів в ранній період захворювання хворі із глибокими формами ГП частіше звертаються за медичною допомогою з обширними параректальними гнійниками, у тяжкому стані з проявами синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) [6]. За даними ряду авторів частота запущених флегмонозних та гангренозно-гнійних форм ГП коливається в межах від 1,27 до 8,6 % [7, 8].

Методи хірургічного лікування хворих на глибокі форми ГП залежать від розташування внутрішнього отвору на крипті слизової оболонки анального каналу, співвідношень гнійника та первинного гнійного ходу з зовнішнім анальним сфінктером та м'язами тазової діафрагми, поширеністю гнійних заплівів, особливостей мікрофлори [9, 10]. Гнійник у вигляді заплівів може розповсюджуватися на сусідні анатомічні ділянки тазу, що потребує розширення об'єму оперативного втручання, а нерідко виконання повторних операцій [11].

Радикальне оперативне втручання при глибоких формах ГП передбачає широке розкриття гнійника, максимальну некректомію, висічення внутрішнього отвору гнійника і ураженої крипти, розкриття заплівів, кишень та надійне їх дренивання [12, 13, 14]. За даними окремих авторів, частота

рецидиву ГП після виконання радикального оперативного втручання при глибоких формах, сягає 30 % і не має тенденції до зниження [15]. При нерадикальному втручанні частота рецидиву складає 50–98,4 %, утворення параректальних нориць відмічають у 47–50 %, недостатність анального сфінктера діагностують у 2,3–33 % хворих [7, 16]. У хворих з обширним гнильно–гангренозним ГП та флегмоною параректальної ділянки, на фоні поліорганної недостатності та сепсису, летальність коливається від 7,7 до 19,5 % [8, 12, 17].

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні хворих на глибокі форми ГП існує ряд аспектів, які потребують подальшого поглибленого вивчення.

Зокрема, остаточно не вирішеними залишаються питання хірургічної тактики, виконання одномоментних чи двохоментних оперативних втручань за неможливості візуалізації внутрішнішнього отвору гнійника на ураженій крипті слизової оболонки анального каналу внаслідок її набряку [18, 19]. Обговорюються можливості підвищення ефективності радикального оперативного втручання із застосуванням нових технічних прийомів при розвитку панпарапроктиту у хворих на глибокі форми ГП [20].

Впровадження ультрасонографії (УСГ) в діагностику ГП і застосування мікробіологічного дослідження гнійного вогнища дозволили удосконалити діагностику та модифікувати класифікацію цього захворювання [21, 22]. Однак, у хворих із глибокими формами ГП актуальними залишаються питання удосконалення ранньої діагностики із використанням УСГ, а також розпрацювання методики проведення дослідження за допомогою магнітно–резонансної томографії (МРТ).

Залишаються невирішеними питання вибору характеру, шляхів введення і режимів антибактеріальної терапії у хворих з тазовими гнійниками за розвитку прогресуючих форм гнійно–некротичного запалення [17, 23]. Відсутні чіткі рекомендації про вибір засобів для місцевого лікування ран анального каналу і промежини у першій фазі ранового процесу [24, 25]. Труднощі у виборі препаратів для місцевого лікування пов'язують з

запізнілою діагностикою, частими рецидивами захворювання і відсутністю розпрацьованих заходів профілактики ускладнень [26].

Вказане зумовлює актуальність подальшого вивчення проблеми комплексного хірургічного лікування хворих на глибокі форми ГП та профілактики його ускладнень.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково–дослідної роботи кафедри хірургії № 2 і кафедри хірургії факультету післядипломної освіти ДВНЗ “Івано–Франківський національний медичний університет” „Корекція ендогенної інтоксикації та дизметаболічних розладів при гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини та позаочеревинного простору” (номер державної реєстрації 0109V003184). Тема дисертаційної роботи затверджена Проблемною комісією «Хірургія» АМН України (Протокол № 6 від 13.10.2009 р.).

**Мета роботи:** покращити результати хірургічного лікування хворих із глибокими формами гострого парапроктиту шляхом удосконалення методів променевої діагностики, розробки нових прийомів оперативного втручання, впровадження оптимальних режимів і схем антибактеріального та місцевого лікування.

**Завдання дослідження:**

1) Удосконалити методи ранньої діагностики глибоких гнійників параректальної клітковини шляхом розпрацювання показань і методики проведення дослідження за допомогою ультрасонографії та магнітно–резонансної томографії.

2) Розробити нові прийоми оперативного втручання у хворих на глибокі поширені форми гострого парапроктиту та оцінити їх ефективність у ліквідації синдрому системної запальної відповіді.

3) Розробити схеми антибіотикопротекції та антибіотиколікування у хворих із абсцесом і флегмоною параректальної



клітковини, в тому числі з використанням ендолімфатичного шляху введення антибактеріальних препаратів.

4) Вивчити ефективність місцевого лікування післяопераційних гнійних ран промежини та анального каналу з допомогою комбінованих водорозчинних лініментів «Ацербін» та «Офлокаїн» в першій фазі ранового процесу.

5) Розробити алгоритм діагностики та оцінити клінічну ефективність запропонованих підходів діагностики і хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту.

*Об'єкт дослідження:* глибокі форми гострого парапроктиту.

*Предмет дослідження:* променева діагностика, оперативні втручання при глибоких формах гострого парапроктиту, системна та місцева антибактеріальна терапія.

*Методи дослідження:* клінічні (для моніторингу загального стану хворого, індекса лейкоцитарної інтоксикації); біохімічні (для вивчення функції печінки, нирок), патоморфологічні (для вивчення гістологічної картини перебігу ранового процесу операційної рани); мікробіологічні (для дослідження спектру мікрофлори та визначення чутливості до антибактеріальних препаратів); інструментальні (ультрасонографія, магнітно-резонансна томографія з контрастним підсиленням, ректороманоскопія) – для визначення локалізації гнійного вогнища; статистичні методи обробки даних (для опрацювання отриманих результатів дослідження).

### **Наукова новизна одержаних результатів.**

Науково обгрунтовано застосування диференційованих схем антибіотикопрофілактики та антибіотиколікування при абсцесі та флегмоні параректальної клітковини у хворих із глибокими формами гострого парапроктиту. Для попередження розвитку флегмони тазу у хворих з поширеними формами гострого парапроктиту запропоновано проведення додаткових радіальних промежинних розрізів. Вперше здійснено порівняльний аналіз переваг прямого ендолімфатичного введення

антибіотиків у хворих з поширеними глибокими формами гострого парапроктиту. Встановлено ефективність місцевого лікування післяопераційних гнійних ран промежини та анального каналу з допомогою комбінованих водорозчинних лініментів «Ацербін» та «Офлокаїн» в першій фазі ранового процесу.

### **Практичне значення одержаних результатів.**

Вдосконалена методика проведення магнітно-резонансної томографії для діагностики глибоких форм гострого парапроктиту, яка передбачає контрастне підсилення прямої кишки (патент на корисну модель № 5420). Вперше науково обґрунтовано застосування додаткових радіальних промежинних розрізів, як етапу хірургічного лікування хворих з поширеними глибокими формами гострого парапроктиту та синдромом системної запальної відповіді, для профілактики розвитку флегмони тазу (патент на корисну модель № 41249).

Запропоновано алгоритм діагностики глибоких форм гострого парапроктиту, який передбачає використання магнітно-резонансної томографії з контрастним підсиленням прямої кишки. У хворих із транссфінктерним (більше половини порції анального жому) і екстрасфінктерним розташуванням первинного гнійного ходу обґрунтовано пріоритетність виконання ізольованої криптектомії з дозованою задньою сфінктеротомією. Визначено показання до проведення зверхкороткої антибіотикопрфілактики та внутрішньовенної антибіотикотерапії. Розпрацьовані показання для прямого антиградного ендолімфатичного введення антибіотиків. Обґрунтовано диференційоване застосування у першій фазі ранового процесу комбінованої водорозчинної мазі «Ацербін» для лікування операційної рани промежини та «Офлокаїн» для лікування операційної рани анального каналу.

Результати наукових досліджень впроваджені в лікувальний процес хірургічного відділення Івано-Франківської міської клінічної лікарні № 1, Львівської міської клінічної лікарні невідкладної допомоги, Рівненської

обласної клінічної лікарні, Вінницької обласної клінічної лікарні, у навчальний процес на кафедрі хірургії № 2 Івано-Франківського національного медичного університету.

**Особистий внесок здобувача.** Здобувач самостійно провів інформаційно-патентний пошук; вибрав обсяг методів дослідження; проаналізував літературні джерела за темою наукової роботи; розробив основні теоретичні й практичні положення дисертаційної роботи, нові способи оперативних втручань; самостійно провів клінічні обстеження тематичних хворих. Безпосередньо брав участь у виконанні всіх оперативних втручань, у більшості з них був оперуючим хірургом, особисто брав участь у веденні хворих в післяопераційному періоді. Здобувачем самостійно написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки, проведено аналіз та узагальнення отриманих результатів із статистичним підтвердженням. У наукових статтях, які опубліковані у співавторстві, здобувачеві належить фактичний матеріал і його участь є визначальною. Лабораторні дослідження проведені на кафедрах патоморфології та мікробіології Івано-Франківського національного медичного університету і біохімічній лабораторії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Участь здобувача полягала у зборі клінічного матеріалу для досліджень, їх первинній обробці та інтерпретації отриманих результатів.

**Апробація результатів дисертації.** Результати досліджень і основні наукові положення дисертації оприлюднені на XII конгресі Світової федерації українських лікарських товариств (Івано-Франківськ, 2008); VI Міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених „Сьогодення та майбутнє медицини” (Вінниця, 2009); III Українській науково-практичній конференції „Актуальні проблеми хірургії” (Святогірськ, 2009); Всеукраїнській науково-практичній конференції „Медична наука – 2010” (Полтава, 2010); засіданні Івано-Франківського обласного осередку Асоціації хірургів України (Івано-Франківськ, 2010).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 14 наукових праць, серед них 8 – у фахових журналах, рекомендованих ВАК України (3 з них – самостійних), 4 – у матеріалах з’їздів, конференцій, 2 патенти України на корисну модель.

**Обсяг і структура дисертації.** Робота викладена на 187 сторінках друкованого тексту (основний обсяг становить 154 сторінки), складається із вступу, огляду літератури, розділу “Матеріали і методи дослідження”, 4 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (всього 171 найменування), додатків. Дисертація ілюстрована 11 таблицями і 15 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТІОЛОГІЮ, ПАТОГЕНЕЗ,  
ДІАГНОСТИКУ ТА КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ  
ХВОРИХ НА ГЛИБОКІ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ  
(огляд літератури)

1.1. Етіологія, патогенез та класифікація гострого парапроктиту

Гострий парапроктит (ГП) в останні роки став однією з найбільш актуальних і невирішених проблем невідкладної проктології. В спеціалізованих проктологічних відділеннях хворі на ГП складають від 22,2 до 40,1 %, при цьому рівень захворюваності серед людей працездатного віку сягає 71 % [1, 2, 10, 28].

В структурі оперативних втручань, виконаних в спеціалізованих відділеннях питома вага ГП і хронічних нориць прямої кишки складає 21,8 %, поступаючись в кількісному відношенні лише операціям з приводу геморою, які становлять 29 % [29, 30, 31, 32]. Нерадикальне оперативне втручання при ГП, яке проводять у 31–56 % хворих, приводить до рецидиву захворювання у 50 – 98,4 %, утворенню нориць – у 37– 51 % хворих , виникненню недостатності анального сфінктера – у 2,3–33 % хворих, стріктур анального каналу – у 11,3 % хворих [9, 11, 33, 34].

Дані літератури про види мікробного збудника гострого парапроктиту описані фрагментарно і часто носять суперечливий характер [25, 35, 36, 37]. Це, зокрема, стосується частки анаеробної мікрофлори в розвитку ГП, коли мова йде не про самостійну форму (анаеробний парапроктит), а про участь клостридіальних і бактеріальних збудників в формуванні гнійних форм захворювання [8, 38, 39, 40, 41]. Більш повно проаналізована роль аеробної мікрофлори. Так, за даними ряду авторів основними збудниками ГП є

стафілококи і стрептококи в поєднанні з *E. coli*. В монокультурі і асоціаціях ці збудники були виявлені в 98 % спостережень. Зокрема, стафілококи висівали у 47 % хворих на ГП, кишкову паличку – у 42 %, стрептококи – у 6 %, протей – у 5 % хворих [35, 42]. Інші автори при операціях з приводу ГП частіше виявляли кишкову паличку (у 49–63 % хворих), рідше – стафілококи (у 11–17 % хворих). Їх висівали частіше у вигляді асоціацій, в тому числі і з грамнегативною мікрофлорою [43, 44, 45]. Наявність в асоціаціях грамнегативної мікрофлори зумовлює порівняно більш тяжкі і швидкопрогресуючі форми ГП за типом гнійного і гангренозно–гнильного пошкодження тканин [46]. На етапі діагностики мікробного збудника при ГП за допомогою мікроскопії, газорідинної хроматографії і культивування мікробів були виявлені леткі жирні кислоти, що є ознакою життєдіяльності анаеробних бактерій, а при культивуванні з матеріалу виділяли різнорідну аеробно–анаеробну мікрофлору. При цьому, анаеробні мікроорганізми значно переважали над аеробними за кількістю видів [36]. Відмічено, що в останні роки анаеробний парапроктит частіше перебігає без ознак газоутворення, за типом гангренозного або гнильного парапроктиту, що суттєво затруднює його своєчасну діагностику [27]. Анаеробний парапроктит є порівняно рідким захворюванням, його частота всього складає від 1–2 % до 3,2 % [8, 17, 47]. Цей факт є суперечливим, оскільки 90–95 % мікробного вмісту товстої кишки представлені анаеробами, причому їх об'єм в 1 г калових мас зазвичай сягає критичного рівня –  $10^5$ – $10^7$  [48, 49]. Пояснення цьому знаходять в наявності місцевого імунітету тканин стінки прямої кишки до анаеробної інфекції. Однак, ряд дослідників вважає, що розвитку анаеробного парапроктиту сприяють захворювання, які знижують захисні реакції організму, а також несвоєчасна операція з приводу гнійних форм захворювання [50, 51, 52, 53, 54]. Слід відмітити, що в останні роки при бактеріологічному дослідженні частіше виявляють аспорогенні анаеробні мікроорганізми, при цьому бактероїди складають основну частину популяції [39, 55, 56]. Як правило,

бактероїди виділяються з ран в асоціаціях з аеробними мікроорганізмами, зокрема, кишковою і синьогнійною паличкою, протеем і стафілококами [57].

При хворобі Крона ГП діагностують у 28 % захворілих при цьому, гнійний процес частіше локалізується навколо прямої кишки, утворюючи множинні гнійники, які рецидивують формуючи множинні параректальні нориці [58, 59]. Частота виникнення ГП, збудником якого є специфічна інфекція, наприклад, туберкульоз, гонорея, сифіліс, актиномікоз – складає всього 0,5 – 1,5 % [60, 61].

Представлені дані літератури свідчать, що за останні роки відбулися зміни в спектрі мікроорганізмів, які є етіологічним чинником при ГП. Доказана участь анаеробної мікрофлори в розвитку інфекційного запалення параректальної клітковини, що супроводжується газоутворенням в тканинах чи без нього. Порівняно частіше виявляють анаеробну мікрофлору, як клостридіальну, так і аспорогенну, в складі мікробних асоціацій з аеробними збудниками, зокрема, кишковою паличкою, стафілококом і протеем.

У розгляді патогенезу ГП ряд авторів вважають за необхідне виходити з наступних положень: для виникнення і розвитку захворювання потрібна наявність патогенного збудника гнійної або гнильно–анаеробної інфекції; суттєву роль відіграють супутні захворювання прямої кишки, задньопрохідної ділянки і сусідніх органів; має значення ступінь опірності організму до розвитку інфекції; практично завжди є сполучення гнійника з просвітом прямої кишки через гнійний хід з внутрішнім отвором в стінці кишки [32, 62].

За механічною теорією патогенезу ГП вхідними воротами інфекції в більшості випадків є одна з крипт анального каналу, яка знаходиться між основами двох сусідніх стовбців Морганьї. При проходженні через розтягнутий анальний канал твердого калу, закрепах, геморої, анальній тріщині, проктиті тонка складка слизової оболонки легко надривається. Іноді в морганієвій кишені затримуються щільні часточки калу, гострокінцеві харчові залишки або дрібні сторонні тіла, які приводять до розвитку абсцесу або звиразкування слизової оболонки. Поширення інфекції зі сторони просвіту

кишки відбувається *per continuitatem* або лімфатичними шляхами. В стінці кишки утворюється вузький гнійний хід, який веде у параректальну клітковину [10, 34].

Заслуговує на увагу крипто–гландулярна теорія патогенезу гострого парапроктиту, згідно якої вхідними воротами інфекції є крипта, проте в її пошкодженні головну роль відіграє запалення залозисто–лімфоїдного апарату анальних міндалин [43, 45]. На їхньому дні відкриваються вивідні протоки анальних залоз, тіло яких у вигляді грона винограду розміщене в товщі повздоного м'язу сфінктера. При несприятливих факторах інфіковані калові маси проникають в анальні залози, пошкоджуючи їх за рахунок щільної консистенції або розплавлення ферментами (при діареї), що призводить до виникнення запального процесу. При його прогресуванні інфекція проникає в товщу сфінктера відхідника, що супроводжується його тривалим рефлекторним спазмом. При подальшому прогресуванні запального процесу інфекція проникає в м'які тканини, які оточують задній прохід і пряму кишку, зокрема, в підшкірні і підслизові клітковинні простори, ішіоректальну ямку, пельвіо– і ретроректальні шари [9, 61].

Однак, не можна заперечувати можливості потрапляння інфекції в параректальні тканини і іншими шляхами. Ряд авторів приводять дані про виникнення ГП внаслідок пошкодження прямої кишки рибною кісткою, дрібним насінням та ін. [62, 63]. Інфекція в параректальну клітковину може бути занесена гематогенним або лімфогенним шляхом, наприклад, при пневмоніях і ангіні, панариції, тифі, а також із сусідніх органів при розвитку в них гнійного процесу (з передміхурової залози, бартолінієвих залоз, додатків матки, нагноєних дермоїдних кіст. Вказані дослідники при такому патогенезі захворювання рекомендують вживати термін “перианальний абсцес” [64, 65, 66, 67].

Представлені дані засвідчують відсутність однієї точки зору дослідників на патогенез ГП, підкреслюючи цим складність захворювання.



На сьогоднішній день відсутня єдина загальнопринята класифікація гострого парапроктиту. Відома анатомо–топографічна класифікація, яка визначає його форму в залежності від локалізації запального процесу в відповідності клітковинним і фасціальним просторам навколо прямої кишки. Згідно цієї класифікації виділені наступні форми ГП: підшкірні, підслизові, сіднично–прямокишкові (ішіоректальні), тазово–прямокишкові (пельвіо–ректальні), позаду–прямокишкові (ретроректальні) [68].

Співробітниками НДІ проктології МОЗ РСФР розпрацьована своя класифікація [61]. Згідно якої парапроктити розрізняють за етіологією і активністю запального процесу, локалізацією гнійників і внутрішнього отвору, відношенню норицевого ходу до волокон анального сфінктера. Однак, в ній не враховується ступінь тяжкості (вираженість і поширеність) місцевих змін при кожній формі ГП, що затруднює вибір адекватного об'єму і методу оперативного втручання [22]. Відома класифікація захворювання, запропонована П. Г. Кондратенком (2006). Згідно цієї класифікації автор розрізняє:

I. За етіологічною ознакою: неспецифічний (простий), специфічний, посттравматичний, канкрозний.

II. За локалізацією гнійників, інфільтратів, натічників: підшкірний, підслизовий, сіднично–прямокишковий, тазово–прямокишковий, позадупрямокишковий, міжсфінктерний.

III. За розміщенням внутрішнього отвору нориці: передній, задній, боковий.

IV. За відношенням норицевого ходу до волокон сфінктера: інтрасфінктерний, трансфінктерний, екстрасфінктерний [10].

Заслуговує на увагу класифікація ГП В. В. Сідака (2001), яка включає мікробіологічну характеристику гнійного процесу і даними характеру запальної реакції і результатів ультразвукового обстеження параректальної клітковини. Автор розрізняє захворювання: I. За характером збудника гнійно–запального процесу:

- 1) ГП, викликаний аеробною мікрофлорою (монокультура);
- 2) ГП, викликаний анаеробною мікрофлорою (монокультура);
- 3) ГП, викликаний мікробними асоціаціями (аеробно–аеробними, аеробно–анаеробними, анаеробно–анаеробними).

II. Вираженістю прогресування гнійно–запального процесу:

1. Локалізовані форми ГП;
2. Поширені форми ГП (з натічками на стегно, корінь калитки, поперекову ділянку та ін.).

III. Характером місцевих проявів гнійно–запального процесу (локалізація гнійника, локалізація внутрішнього отвору, відношення гнійного ходу до сфінктера). В цьому пункті автор виділяє:

ГП I ступеня складності – це підшкірні і підслизові форми гнійників з інтрасфінктерним ходом, а також ішіоректальні з інтрасфінктерним з'єднанням з просвітом прямої кишки, або трансфінктерним, але при умові, що гнійний хід захоплює тільки поверхневу порцію сфінктера.

ГП II ступеня складності – це обширні ішіо– і «низкі» ретроректальні форми гнійників з трансфінктерним розміщенням гнійного ходу, який захоплює глибоку порцію анального жому (мостик тканин анального жому більше 1,5 см товщини, але менше половини порції анального сфінктера).

ГП III ступеня складності – це ішіо–, ретро–, пельвіоректальні і підковоподібні форми гнійника з трансфінктерним гнійним ходом, який захоплює більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним гнійним ходом [20].

На наш погляд найбільш повними, адекватними сьогоденню і потребам практичної медицини є класифікації гострого парапроктиту, запропоновані авторами Т. Т. Сідаком (2001) [22] та П. Г. Кондратенком (2006) [10].

## 1.2. Особливості клінічного перебігу та діагностики глибоких форм гострого парапроктиту

Клінічні прояви глибоких форм ГП порівняно небагаточисельні, ступінь їхньої маніфестації суттєво залежить від локалізації запального процесу, характеру інфекції і реактивності організму [69]. Розрізняють 3 групи симптомів: першу групу складають прояви, характерні для всіх захворювань прямої кишки; другу групу – ознаки характерні для форми і стадії ГП; третю групу складають симптоми, характерні для будь-якого запального процесу.

До місцевих симптомів, які характерні запальному процесу в стінці прямої кишки і параректальній клітковині відносять набряк в ділянці запального вогнища, гіперемія шкіри над ним, біль в прямій кишці і промежині при ходьбі і акті дефекації. Порівняно часто відмічають порушення функції прямої кишки у вигляді закріпів [32, 34, 63].

Гостре запалення параректальної клітковини може бути у вигляді флегмони (дифузна форма) і абсцесу (обмежена форма), проте ці форми "динамічні" і можуть переходити одна в іншу [12, 27, 45].

Флегмона частіше всього виникає при поширених пошкодженнях прямої кишки, таких, як механічна травма, вогнепальні поранення, оперативні втручання. Параректальна флегмона може мати блискавичний перебіг, особливо при потраплянні калових мас на раневу поверхню, супроводжуватися тяжкими проявами інтоксикаційного синдрому і часто має несприятливий прогноз [57, 70, 71]. При розвитку флегмони в клінічній картині переважають симптоми синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), які зумовлені тяжкою інтоксикацією, місцеві прояви хвороби при цьому перестають переважати. Загальні симптоми ССЗВ проявляються у вигляді підвищення температури тіла більше  $38^{\circ}\text{C}$ , або менше  $36^{\circ}\text{C}$ , частота серцевих скорочень (ЧСС) більше 90 ударів за 1 хв, частота дихання (ЧД) більше 20 за 1 хв, або  $\text{PaCO}_2$  менше 32 мм рт. ст., збільшення кількості

лейкоцитів у периферичній крові понад  $12 \times 10^9$  в 1 л, або менше  $4 \times 10^9$  в 1 л, або незрілих форм понад 10 % [72].

Абсцес при ГП зустрічається значно частіше флегмони [10, 27, 33]. Високі показники лейкоцитозу та інших проявів ССЗВ спостерігають у хворих за глибоких форм ГП з локалізацією гнійників в ішіоректальній і пельвіоректальній клітковині, особливо у випадках анаеробної етіології захворювання [8, 38, 39]. Захворювання завжди починається гостро. В перші 2–3 доби, поки запальний процес локалізується тільки в крипті та залозисто–лімфоїдному апараті і не переходить на параректальний клітковинний простір, симптоми захворювання мають доволі невизначений характер (продромальний період). Хворі скаржаться на загальну слабкість, знобіння, відчуття дизкомфорту в ділянці ануса, ниючого характеру біль в промежині. Відмічається субфебрильна температура тіла, часто турбує головний біль. Пізніше, з переходом запального процесу на клітковинні параректальні простори, проявляються клінічні симптоми, що характерні конкретній формі глибокого ГП.

Так, ішіоректальний парапроктит зустрічається в 30–35 % хворих на ГП [9, 73]. В запущених випадках ішіоректального парапроктиту гнійник може поширюватися донизу в підшкірну клітковину, або доверху, в тазово–прямокишковий простір, пронизуючи при цьому діафрагму тазу. Приблизно в 11 % хворих ішіоректальні абсцеси проникають на протилежну сторону промежини, огинаючи позаду, або (рідше) спереду стінку анального каналу. Таким шляхом утворюється двобічний або підковоподібний парапроктит в формі "дуги" із внутрішнім отвором в задній або передній крипті [53, 74].

Захворювання при підковоподібній формі ішіоректального ГП починається гостро. Температура тіла підвищується до  $38\text{--}40^{\circ}\text{C}$ , часто знобіння і лихоманка. В нижніх відділах тазу з'являється інтенсивний біль тупого характеру, який підсилюється під час акту дефекації. Сідниця на стороні ураження стає набряклою, проте ознак гіперемії і флюктуації не відмічається. При глибокій поштовхоподібній пальпації промежини

відмічають різку болючість. Пальцеве дослідження прямої кишки дозволяє виявити болюче ущільнення її стінки на стороні розташування абсцесу. У випадку поширення гною в сторону підшкірної клітковини на промежині з'являються клінічні ознаки перианального підшкірного парапроктиту у вигляді запальної інфільтрації і гіперемії шкіри. У частини хворих можуть бути дизуричні розлади.

Тазово–прямокишковий парапроктит діагностують у 10–15 % хворих [18, 32, 45]. Захворювання частіше розвивається поступово. Температура тіла зростає до 38–39,5<sup>0</sup> С. Хворі відмічають біль тупого характеру в ділянці тазу, який підсилюється під час акту дефекації. Біль іррадіює в стегно, в глибину тазу, інколи в здухвинну ділянку на відповідній стороні ураження. Тому часто такі хворі спочатку обстежуються і лікуються у терапевта, уролога або гінеколога. При огляді промежини і сідниць ніяких об'єктивних змін не відмічають. Тільки при глибокій поштовхоподібній пальпації промежини визначають біль на ураженій стороні. При пальцевому дослідженні прямої кишки іноді вдається виявити високо розміщене, інтенсивно болюче ущільнення стінки кишки на стороні ураження. Проте часто при ректальному дослідженні досягнути навіть нижньої межі інфільтрату не вдається. Однак, при ректальному дослідженні хворий відмічає інтенсивний біль, що повинно насторожити хірурга. Таким чином, клінічні ознаки пельвіоректального парапроктиту не мають чітких патогномонічних симптомів, що створює значні труднощі для своєчасної діагностики.

При ретроректальному парапроктиті гнійник локалізується в позадупрямокишковому просторі вище місця прикріплення до кишки м'язу, який піднімає задній прохід. В запущених випадках гній може займати весь ретроректальний простір, який розташований між задньою стінкою прямої кишки і передньою увігнутістю крижової кістки до мису. Загальний стан хворих тяжкий, температура тіла сягає 40<sup>0</sup> С. Хворі скаржаться на біль в ділянці крижової кістки і куприка, які підсилюються при дефекації. Поштовхоподібна пальпація промежини між анусом і куприком дозволяє

виявити різку болючість. При пальцевому дослідженні іноді відмічають болючу інфільтрацію задньої стінки прямої кишки [4, 32, 61].

Через відсутність чітких патогномонічних клінічних ознак глибоких форм ГП, перш за все пельвіоректальних гнійників, були спроби використовувати для уточнення діагнозу додаткові методи дослідження, такі як аноскопія, ректоскопія, рідкокристалічна термографія, а також рентгенконтрасні методи. Однак, в процесі застосування цих методик були виявлені їхні певні недоліки. Аноскопія і ректороманоскопія часто були неможливими через виражений болевий синдром, а також їх застосування не дозволяло отримати дані про розміри гнійника і поширеність запального процесу. Рідкокристалічна термографія була більш перспективним методом діагностики, однак не дозволяла діагностувати захворювання на ранніх стадіях захворювання [75].

Найбільш інформативним та неінвазивним методом діагностики глибоких форм ГП деякі автори вважають УСГ промежини. Цей метод дослідження дає змогу встановити правильний діагноз у 83,1 % досліджуваних хворих. Метод дозволяє визначити локалізацію параректального абсцесу і можливі гнійні запливи [21, 76, 77, 78]. Однак, цей відносно простий метод інструментальної діагностики не дає повної інформації про всі клініко–морфологічні складові ГП, а саме, про наявність первинного гнійного ходу та внутрішнього отвору гнійника на ураженій крипті анального каналу [79].

В малоінформативних, сумнівних випадках діагностики за допомогою УСГ наступним більш інформативним методом можна вважати комп'ютерну томографію та магнітно–резонансну томографію (МРТ) тазу. Цей метод має більшу розрішуючу здатність за відношенням до м'яких тканин і рідинних утворень. Однак, широкого впровадження в практичну медицину ці методи променевої діагностики на даний час ще не отримали [80].

Таким чином, відсутність місцевих клінічних проявів, а також методик, які б давали можливість в максимально повному об'ємі діагностувати в ранні

терміни всі клініко–морфологічні складові ГП визначає необхідність удосконалення існуючих та розробку нових високоінформативних і малоінвазивних методик діагностики глибоких форм ГП.

### 1.3. Принципи комплексного хірургічного лікування хворих з глибокими формами гострого парапроктиту

Складність хірургічного лікування ГП не викликає сумнівів в зв'язку з високою частотою рецидиву захворювання, переходу захворювання в хронічну форму, а також з можливим розвитком недостатності сфінктеру анального каналу [2, 10, 12, 14]. Характер і об'єм оперативного втручання при складних формах глибокого ГП до сьогоднішнього дня залишаються предметом обговорення серед хірургів і проктологів [16, 33, 68, 81].

Згідно сучасних принципів радикальне оперативне втручання у хворих з ГП складається з 2 основних компонентів, яке полягає в хірургічній обробці гнійного вогнища і ліквідації внутрішнього отвору гнійника на ураженій крипті анального каналу [13].

Вибір методу радикальної операції визначають за наступними основними факторами: топографо–анатомічною локалізацією гнійника в фасціальні–клітковинних просторах малого тазу, межею поширення гнійного процесу (запливів), локалізацією внутрішнього отвору, який з'єднує порожнину гнійника з просвітом прямої кишки, співвідношенням гнійного ходу, який з'єднує просвіт прямої кишки з гнійною порожниною абсцесу до м'язевих волокон анального сфінктера [82, 83, 84, 85].

Для розкриття параректального гнійника запропоновані наступні види розрізів: радіальний з центром біля анального отвору, півмісяцевий, який проходить паралельно анальному отвору, хрестоподібний з висіченням клаптя шкіри, вертикальний (фронтальний), кутовий, сагітальний (повздовжній) і комбінований [86, 87]. Вибір раціонального розрізу визначається, в першу чергу, локалізацією гнійника, проте в усіх випадках він повинен забезпечити

його повноцінну ревізію і можливість розкриття всіх гнійних натічників. На жаль, навіть в спеціальній літературі відсутні критерії вибору оптимального розрізу в залежності від форми ГП, що часто створює труднощі у виборі радикальних операцій і приводить до виникнення рецидивів [3, 5, 14, 26, 80].

Внутрішній отвір гнійника можна виявити при пальпації стінок анального каналу. Візуально визначити внутрішній отвір на ураженій крипті анального каналу можна в ректальних зеркалах після фарбування порожнини гнійника 2%-ним розчином метиленового синього і перекисю водню, який вводять в його порожнину до розкриття [63]. Частота виявлення внутрішнього отвору при глибоких формах ГП коливається від 76 до 90 % [45, 61]. Частіше внутрішній отвір на ураженій крипті анального каналу вдається виявити через 5–6 днів після операції при контрольній аноскопії [88].

Грунтуючись на цьому факті, була розроблена 2-х етапна методика радикального хірургічного лікування глибоких форм ГП: спочатку проводять розкриття і дренивання абсцесу, а через декілька днів, на фоні стихання інтенсивності проявів запалення, вдається виявити внутрішній отвір на крипті, для ліквідації якого можуть бути використані різноманітні методики [18, 82].

При оперативному лікуванні складних форм ГП з «глибоким» транссфінктерним або екстрасфінктерним розташуванням гнійного ходу вибір методу операції залишається предметом дискусії [68,80].

Так, А. А. Шалімов і В. Ф. Саєнко (1987) підкреслюють, що найбільші труднощі в проблемі хірургічного ГП виникають при лікуванні складних форм захворювання з екстрасфінктерним розташуванням гнійного ходу [89]. На протязі останніх років в спеціальній літературі опублікована велика кількість різних методик і способів оперативного лікування хворих на глибокі форми ГП з транссфінктерним або екстрасфінктерним розташуванням гнійного ходу [9, 12, 61, 90].

Аналіз цих робіт свідчить про відсутність єдиної думки у визначенні раціональної хірургічної тактики. Головні складові дискусії стосуються визначення об'єму оперативних втручань при складних формах ГП – від



рекомендацій обмежуватися “простим розкриттям гнійника” до необхідності виконання “радикальних операцій при всіх формах захворювання”; від рекомендацій “розробити принципи диференційного підходу” до застосування “строго визначених методів операцій” в залежності від форми глибокого ГП [30, 32, 33, 91].

**При гострому ішіоректальному парапроктиті** вибір методу оперативного втручання визначається за характером взаємовідношення між первинним гнійним ходом і товщиною анального жому. Частіше використовують півмісяцевою розріз шкіри промежини, розкриття гнійника і ретельним висіченням некротичних тканин. Виявляють внутрішній отвір ураженої крипти анального каналу з використанням проби з метиленовим синім, після чого визначають відношення гнійного ходу до анального сфінктера, використовуючи гудзиковий зонд який проводять із сторони рани промежини в просвіт прямої кишки через внутрішній отвір [68]. Якщо, ішіоректальний гнійник має інтрасфінктерне з’єднання з просвітом анального каналу операція повинна включати розкриття гнійного вогнища з некретомією, висіченням внутрішнього отвору разом з ураженою однією чи декількома анальними криптами. В рану промежини вводять марлевий тампон просякнутий маззю, а в просвіт прямої кишки – газовідвідну трубку [61, 92]. У випадках, якщо при ішіоректальному парапроктиті транссфінктерне з’єднання проходить через поверхневу порцію анального жому ліквідацію внутрішнього отвору проводять за методикою операції Рижиха–Бобрової з розсіченням над норицевим ходом зі сторони просвіту прямої кишки зовнішньої поверхневої порції анального сфінктера [93]. Інші автори при такому співвідношенні первинного гнійного ходу та анального сфінктера застосовують лігатурний метод [94, 95]. При використанні лігатурного методу для лікування ішіоректальних ГП з транссфінктерним ходом через поверхневу порцію анального жому на першому етапі дугоподібним розрізом розкривають гнійник і ретельно висікають некротичні тканини. Після цього в медіальному від рани промежини напрямку висікають у вигляді трикутника мостик тканин

з шкіри і підшкірної основи з продовженням розрізу в уражену анальну крипту, яку висікають. Проведену через внутрішній отвір ураженої крипти капронову лігатуру № 4–6 одразу помірно затягують і зав'язують [96]. Хворих на гострий ішіоректальний парапроктит з трансфінктерним ходом, який проходить через більшу товщу (більше  $\frac{1}{2}$  порції) анального сфінктера оперують частіше за методикою Рижих–Бобрової або лігатурним методом [6].

**При гострому пельвіоректальному парапроктиті** оперативні втручання є найбільш складними. Операції виконують за методикою Рижих–Бобрової або лігатурним методом, проте кожен з них має певні особливості. Серед них – завершення першого етапу втручання повздовжнім розсіченням під контролем зору, або розшаруванням пальцем/корцангом м'язів діафрагми тазу (m. levator ani). При використанні лігатурного способу операції на другому етапі капронову нитку затягують не відразу на операційному столі, а на 3–5 добу після операції після очищення рани промежини від залишків некротичних тканин, які не вдалося видалити [97, 98].

**При гострому ретроректальному парапроктиті** після виконання першого етапу операції, яке передбачає розкриття гнійника дугоподібним розрізом по задній півкružності анального отвору з пересіченням ано–куприкової зв'язки, характер втручання на другому етапі визначається розміщенням гнійного ходу по відношенню до анального сфінктера. При трансфінктерній локалізації гнійного ходу в поверхневій порції м'язу застосовують методику А. Н. Рижих або лігатурний метод. При локалізації гнійного ходу в товщі анального жому з захопленням більше  $\frac{1}{2}$  його порції або екстрасфінктерному його розташуванні перевагу віддають застосуванню лігатурного методу [10, 99].

Питання про значення сфінктеротомії в лікуванні гострого парапроктиту і нориць прямої кишки має давню історію, однак і досі залишається предметом дискусії. Пересічення тільки зовнішньої порції анального сфінктера є безпечною якщо розріз виконують відповідно *parhe perinei* у вентральному або дорзальному напрямку у чоловіків і тільки в дорзальному

напрямку у жінок [100]. За кордоном цю методику часткової сфінктеротомії у хворих при ГП з успіхом застосовують багато хірургів. Автори стверджують, що функціональної недостатності анального сфінктера після цього втручання не виникає оскільки не розсікається “головна” порція сфінктера – аноректальне кільце [101, 102, 103]. Пропагандистом часткової сфінктеротомії при гострому ГП був і А. Н. Рижих. Його численні публікації отримали широку підтримку серед вітчизняних і зарубіжних спеціалістів. Високу ефективність дозованої сфінктеротомії обґрунтовують забезпеченням спокою в рані, що є предиктором прискорення репаративних процесів і створенням умови для загоєння розсіченого внутрішнього отвору міцним і еластичним рубцем, що не деформує анальний канал [32, 93].

Критики часткової сфінктеротомії стверджують, що її застосування не робить операцію більш радикальною, проте частим ускладненням операції є недостатність анального сфінктера [85]. Частина опонентів при цьому наголошують на необхідності “дуже обережного відношення до сфінктера” при операціях з приводу глибоких форм гострого парапроктиту [73, 87].

На сьогоднішній день у більшості хірургічних і проктологічних стаціонарів, при глибоких формах ГП в ургентному порядку, застосовують одномоментні радикальні операції. Оперативні втручання при інтрасфінктерних і трансфінктерних гнійних ходах при глибоких формах ГП практично уніфіковані і зводяться до висічення їх в просвіт кишки за Габріелем або ушивання рани за А. Н. Рижих. Незадовільні результати зустрічаються в 1–3 % хворих [5, 10, 11]. Терміни лікування до повного загоєння рани складають не менше 30 діб [104].

За даними ряду авторів частота запущених флегмонозних та гангренозно–гнильних форм ГП коливається від 1,27 до 8,6 % [7, 8]. У хворих з обширним гнильно–гангренозним ГП та флегмоною параректальної ділянки на фоні поліорганної недостатності та сепсису летальність становить від 7,7 до 19,5 % [12, 17].

Поряд з правильним вибором хірургічної тактики, успіх у лікуванні ГП залежить від раціональної і своєчасної інтенсивної і антибактеріальної терапії. Дискутуються питання який антибіотик слід застосовувати і в якому режимі для максимальної клінічної ефективності [23, 60, 105]. Були проведені дослідження по вивченню ефективності застосування ряду антибіотиків з профілактичною метою у хворих з ГП, зокрема, амоксіклаву та з лікувальною метою, зокрема, цефепіму, гатімаку, азитромицину, метронідазолу [106, 107, 108]. Деякі автори пропонують поєднувати застосування антибактеріальних препаратів (амоксіклав+метронідазол, цефалоспорини II–III покоління +кліндаміцин, медацеф+метронідазолом [109, 110, 111, 112].

Разом з тим, в спеціаліній літературі відсутні рекомендації щодо вибору режиму проведення антибактеріальної терапії при абсцесі і флегмоні параректальної клітківини при глибоких формах захворювання. Відсутні дані про ефективність ендолімфатичного введення антибактеріальних препаратів у хворих із гангренозно–гнильним глибоким гострим парапроктитом, що вимагає подальшого доопрацювання.

#### 1.4. Місцеве лікування післяопераційних ран у хворих на гострий парапроктит

Лікування гнійних ран після операцій на дистальному відділі прямої кишки і промежини є однією з складних проблем проктології. Низька ефективність лікування гнійних ран цієї локалізації зумовлена відсутністю патогенетично обґрунтованих принципів раціональної місцевої терапії [26, 37 113, 114, 115].

В зв'язку з цим виникає потреба в розробці раціональних схем місцевого лікування гнійно–некротичних ран та профілактики післяопераційних гнійних ускладнень [116].

Наявність в рані промежини і анального каналу вогнищевих некротів гальмує перебіг ранового процесу, пролонгуючи його першу (гнійно–

некротичну) фазу. Тільки повне очищення рани промежини від гнійно–некротичних мас є передумовою початку і активації репаративних процесів. Нежиттєздатні тканини в рані промежини – це головна причина затримки переходу ранового процесу в другу фазу його перебігу [117, 118, 119]. Другою причиною порушення нормального перебігу ранового процесу є ранова інфекція, для якої некротична тканина є місцем переважного накопичення і основним джерелом живлення [120, 121, 122].

Основним недоліком місцевого медикаментозного лікування ран промежини і анального каналу є те, що існуючі лікарські засоби не завжди володіють достатнім лікувальним ефектом, щоб в короткі терміни забезпечити пригнічення агресивної мікробної флори і очищення рани від гнійно–некротичного вмісту [123, 124, 125]. Другою причиною низької активності багатьох лікарських засобів, які застосовують для лікування гнійних ран промежини і анального каналу, є однонаправленість їхньої дії [126].

За останні роки підвищення ефективності місцевого лікування гнійних ран було досягнуто шляхом створення класу комбінованих препаратів, які володіють багатоспрямованою дією у відповідності до патогенетичних факторів ранового процесу. Для ран промежини і анального каналу це передовсім патогенна мікрофлора, набряк тканин, надлишкова гідратація тканин, їхній спотворений метаболізм, больовий синдром і т.д. [127, 128, 129]. До таких препаратів відносять багатокомпонентні мазі на гідрофільній основі (Левосин, Левомеколь, Діоксиколь), комбіновані аерозолі (Діоксиколь, Сульйодовізол та ін.) і поліфункціональні сорбенти (Ліzosорб, Полісорб, Гелейодон та ін.).

Виходячи з особливостей розташування ран промежини, дослідники не мають спільної думки про переваги застосування середників для місцевого лікування у вигляді самостійної аплікації лініментів чи під марлевою смужкою [130, 131, 132, 133]. Проведені дослідження показали, що при пухкому тампонуванні ран промежини і анального каналу марлевою смужкою просоченою маззю на гідрофільній основі період сорбційної активності

подовжується в 1,5–2 рази, що відповідає принципам лікування гнійної рани [134, 135, 136].

Недоліком більшості комбінованих мазевих препаратів для місцевого застосування є відсутність напрямленої некролітичної дії. На жаль, обов'язкова хірургічна обробка гнійної рани далеко не завжди дозволяє досягти повного видалення некротичних тканин [137].

Виходячи з цього, важливою задачею місцевого лікування в першу фазу ранового процесу є максимально швидке очищення рани від вогнищевих некрозів [138, 139, 140]. Це завдання реалізують на практиці застосуванням ферментних препаратів, які володіють протеолітичною активністю – трипсин, хімотрипсин, панкреатична рибонуклеаза і дезоксирибонуклеаза тваринного походження, бромелаїн, папаїн рослинного походження, стрептокіназа, стрептодорназа, колагеназа, альфа–амілаза бактеріального походження. Показано, що місцеве застосування протеолітичних ферментів скорочує терміни очищення ран, одночасно володіючи протизапальною і протинабряковою дією [141, 142].

В останні десятиріччя розроблена мазь, що містить колагеназу – «Іруксол», яку широко застосовують для лікування опіків і гнійних ран. З цією метою застосовують і інші поліферментні препарати в формі мазі з повним спектром протеолітичної активності це, зокрема, «Панафіл» (США), «Детридин» (Чехія), «Сантил» (США). Однак, вказані лініменти і мазі готують на гідрофобній основі, яка не здатна поглинати раневий ексудат і цим порушується відтік запального ексудату з рани. Другим недоліком більшості цих мазей є відсутність антимікробної активності [143, 144, 145, 146, 147].

В Україні розроблена мазь «Офлотримол–П», яка володіє антимікробною, сорбційною і знеболюючою дією, а також напрямленою некролітичною активністю [129]. Однак, в доступній літературі не має публікацій про можливість і ефективність застосування інших лініментів цієї групи медикаментів у проктологічних хворих з гнійними ранами.

Отже, окрім невирішених питань оперативно–технічного плану труднощі комплексного хірургічного лікування хворих на глибокі форми ГП зумовлені також неефективним місцевим лікуванням гнійної рани промежини і анального каналу. Низька ефективність лікування гнійних ран цієї локалізації зумовлена відсутністю патогенетично обґрунтованих принципів раціональної місцевої терапії. Існують певні особливості у перебігу ранового процесу ран промежини та анального каналу. Існуючі препарати для місцевого лікування гнійних ран у більшості не спроможні забезпечити швидке очищення рани промежини від патогенної мікрофлори і гнійно–некротичних мас, що приводить до зниження ефективності хірургічного лікування, сприяє розвитку післяопераційних ускладнень та здовжує терміни перебування хворих у стаціонарі.

Таким чином, проведений аналіз даних літератури засвідчив що і досі існують труднощі в своєчасній діагностиці глибоких форм гострого парапроктиту, місцеві клінічні прояви яких малоінформативні або взагалі відсутні на ранніх етапах розвитку захворювання. Переважання в клінічній картині захворювання у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту ознак синдрому системної запальної відповіді над місцевими проявами захворювання затруднюють їх ранню діагностику. За таких обставин стандартні інструментальні дослідження є часто малоінформативними. В той же час успіх хірургічного лікування глибоких форм захворювання залежить від термінів виконання оперативного втручання і ступеня його радикальності. Незадовільні результати лікування глибоких форм пов'язані з відсутністю чітких критеріїв, які визначають вибір методу оперативного втручання і наступного місцевого медикаментозного лікування рани. Вказане викликає необхідність розпрацювання нових прийомів оперативного втручання у хворих з глибокими формами гострого парапроктиту і панпарапроктитом, спрямованих на попередження прогресування гнійного процесу на промежині. Подальшого вивчення і вдосконалення потребують методи проведення

системної антибактеріальної терапії та її режимів у хворих з абсцесом, флегмоною та при гнильно–некротичному характері захворювання.

Все це свідчить про необхідність пошуку нових високоінформативних і об'єктивних методів діагностики, розробки диференційного вибору способу оперативного втручання, удосконалення антибактеріальної терапії і місцевого лікування.



## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ І КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ

#### 2.1. Загальноклінічні та інструментальні методи дослідження хворих

Під час обстеження і лікування хворих на глибокі форми ГП вивчали й аналізували скарги, анамнез хвороби, проводили загальноклінічні дослідження. Перед і після операції проводили загальний аналіз крові, визначали вміст загального білка, кон'югованого і некон'югованого білірубіну, креатиніну, сечовини, активність лужної фосфатази, трансаміназ. Досліджували рівень глюкози в крові та електролітів у сироватці крові (калію, натрію, загального кальцію, хлоридів), аналізували показники коагулограми. Рівень ендогенної інтоксикації оцінювали за лейкоцитарним індексом інтоксикації Я.Я. Кальф–Каліфа.[159].

Всім хворим при госпіталізації здійснювали електрокардіографію і рентгенографію органів грудної клітки. Електрокардіографію проводили з використанням апарату «ЮКАРД–200» (Україна). Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки виконували на апараті EDR – 750 В (Угорщина). Загально–клінічні методи дослідження доповнювали спеціальними інструментальними методами діагностики глибоких форм ГП [148, 149, 150, 151].

Ректороманоскопію проводили з використанням жорстокого ректороманоскопа (Heine, Німеччина). Оптична система пристрою оснащена дистальним кільцевим фібро–волоконним освітленням із збільшеною лінзою 1,5 х, розмірами тубуса 300 х 20 мм, який обладнаний інсуфляційним портом та сантиметровою шкалою. Стандартна методика підготовки товстої кишки до ендоскопічного обстеження передбачає застосування очисних клізм,

які для досягнення необхідного ефекту часто доводиться робити повторно. Рекомендований об'єм введеної в пряму кишку рідини складає 1500 мл, що у хворого з гнійним процесом параректальної клітковини має ряд недоліків [152]. У хворих із ГП ця процедура завжди болюча, в силу чого погано переноситься хворими, а сам процес підготовки кишки є достатньо тривалим і «обтяжливим» для медичного персоналу. Крім того, швидке введення в кишку значних об'ємів рідини може сприяти прогресуванню (дисемінації) гнійного процесу по клітковинних просторах малого тазу, а результати такої підготовки у деяких хворих є незадовільними, оскільки огляд буває затруднений через наявність в просвіті кишки залишків калу і промивних вод. Аноскопію і ректороманоскопію використовували рідко. Показанням до їх застосування вважали труднощі, що виникали при диференційній діагностиці.

Нами запропонований спосіб підготовки прямої кишки до ендоскопічного обстеження за допомогою ректальних гліцеринових свічок (AMEDA, Індія). Супозиторій вводили в анальний канал в положенні хворого на лівому боці, після чого фіксували час появи стільця. Якість підготовки прямої кишки до проведення ректороманоскопії оцінювали за бальною методикою [153].

Ультразвукове дослідження органів малого тазу та параректальної клітковини проводили з допомогою апарату Siemens–Sonoline–“Elegra” (Німеччина), який обладнаний черезшкірним конвексним датчиком 2,7–3,5 МГц, лінійним датчиком з частотою 3–5 МГц, лінійним ректальним датчиком 3,5–5,5 МГц. Конвексний і лінійний датчики використовували для огляду органів малого тазу зі сторони живота, лінійний ректальний датчик застосовували для ендоректального дослідження параректальної клітковини.

Для уточнення основних характеристик параректальної клітковини проводили ультразвукове дослідження промежини в положенні хворого на лівому боці. Візуалізацію анатомічних структур, а також параректальних патологічних утворень проводили по секторах згідно загальноприйнятих позначень циферблату годинника. При виявленні патологічного вогнища

визначали його розташування за відношенням до м'язевих структур тазового дна, а також стінки прямої кишки. Оцінювали ознаки інфільтрації стінки прямої кишки і втягнення її в запальний процес. Перед проведенням УСГ дослідження за допомогою ендоректального датчика проводили стандартну премедикацію.

У складних випадках, при неінформативності УСГ, застосували магнітно–резонансну томографію. Обстеження органів малого тазу і параректальної ділянки прицільно проводили на магнітно–резонансному томографі фірми «Siemens» (Німеччина) потужністю магнітного поля 1,0 Тл у стандартних проекціях при T1–, PD+T2– зважених зображеннях (33) та в режимах STIR і FatSat. Результати дослідження фіксували на сканограмах в чорно–білому зображенні за стандартною методикою, а також на цифровому носії (CD чи DVD). Обстеження хворого тривало впродовж 30–40 хвилин. Обстеження хворих проводили наступним чином.

Після очищення прямої кишки, в лежачому положенні хворого на лівому боці, в анальний канал прямої кишки вводили зонд, який представляє собою розмічену в сантиметрах поліхлорвінілову трубку, діаметром 0,5 см, з заокругленим кінцем і трьома боковими отворами на глибину 5–6 см, шприцом через зонд у просвіт прямої кишки вводили під малим тиском 600–800 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду з температурою 25–30<sup>0</sup> С. Зовнішній отвір зонда закривали пластиковим ковпачком для запобігання витікання розчину назовні. Хворого перекладали в положення на спині і проводили магнітно–резонансну томографію. При виявленні параректального гнійника і первинного гнійного ходу діагностували глибокий ГП.

Мікробіологічне дослідження вмісту гнійних вогнищ проводили в бактеріологічній лабораторії Івано–Франківської обласної клінічної лікарні. Воно включало бактеріоскопію, ідентифікацію збудників інфекції, їх чутливість до антибактеріальних препаратів, а також рівень мікробного обсіменіння. Ідентифікацію мікробних збудників ГП проводили на бінокулярному мікроскопі Celestron (Китай) при збільшенні x 10.

Чутливість виділених штамів до антибіотиків визначали за допомогою диско–дифузійного методу відповідно до наказу МОЗ України № 167 “Про затвердження методичних вказівок “Вивчення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів” від 05.04.07 р. Виділення анаеробних збудників з клінічного матеріалу проводили згідно методичних рекомендацій “Лабораторна діагностика гнійно–запальних захворювань, обумовлених аспорогенними анаеробними мікроорганізмами” (Харків, 2000).

Матеріалом для мікробіологічних досліджень був вміст параректального гнійника, виділення з рани і дренажа. Під час проведення операції, шляхом пункції або після хірургічного розкриття гнійника проводили забір матеріалу в стерильну пробірку для визначення аеробних мікроорганізмів і в герметично закритий стерильний шприц без повітря для встановлення анаеробної мікрофлори. Забраний матеріал для мікробіологічного дослідження доставляли в бактеріологічну лабораторію в строки до 30 хвилин. Проводили пересівання матеріалу на стандартні середовища: м'ясопептоний і цукровий бульон при аеробній флорі і кров'яний, мартенівський, печінковий, м'ясопептонний, Хотінгеровський агар при анаеробній флорі. Стандартна методика визначення чутливості мікробних збудників до антибактеріальних препаратів дозволяє отримати відповідь вже на 2–3 добу від моменту забору матеріалу з гнійного вогнища. Ранову мікрофлору, яка “проросла” на чашках Петрі ідентифікували, після чого методом дисків (колодязів) вивчали її чутливість до антибіотиків і, додатково, до мазів «Левомеколь», «Офлокаїн», «Ацербін». Повторний забір матеріалу для дослідження проводили з рани промежини і анального каналу при виконанні перев'язок на 3, 5, 7 доби від початку лікування згідно існуючих правил.

Отриманий вміст параректального гнійника, виділення з рани і дренажа піддавали обов'язковій бактеріоскопії, як необхідного етапу експрес–діагностики. Проводили також мікроскопію нативного матеріалу і препаратів, зафарбованих за Грамом. Особливу увагу надавали ідентифікації анаеробної мікрофлори. При мікроскопії препаратів, зафарбованих за Грамом, бактероїди

і фузобактерії мали вигляд грамнегативних аспорогенних паличок, які розміщалися ланцюжком, парно або у вигляді ниток, іноді з наявністю гранул в цитоплазмі. Анаеробні грампозитивні коки визначали за характерною сферичною або овальною формою. Вони розташовувались поодинокі, парно, тетрадами, ланцюжками або окремими неправильними накопиченнями. Кампілобактер мав вигляд увігнутих S-подібних паличок. При фазово-контрастній мікроскопії нативного матеріалу кампілобактер визначали за стрімкою рухливістю. Подібно були рухомі також аспорогенні паличкоподібні анаероби. При подальшому дослідженні проводили порівняльну оцінку видів мікроорганізмів, культивованих через 48 годин в аеробних і анаеробних умовах на селективних середовищах. Вивчаючи морфологію колоній, які вирости на «первинному» посіві, підтвержували попередній діагноз. Потім готували і зафарбовували мазки за Грамом і вивчали посів. Проводили кількісну оцінку мікроорганізмів в рані, а також враховували результати антибіотикограм. Дослідження завершували повною ідентифікацією анаеробних збудників. Для цього здійснювали подальше культивування мікроорганізмів. Для виділення чистої культури проводили висівання культур з рідких накопичувальних середовищ на тверді. Кожен день контролювали ріст нових колоній. Тільки після кінцевого врахування властивостей виділеної культури підтвержували або спростовували діагноз анаеробної інфекції.

При оцінці нових антибактеріальних препаратів, а також вивченні антибіотикостійких штамів застосовували наступні критерії:

- відсутність зон затримки росту мікроорганізмів навколо лунки або диску, а також зона затримки до 10 мм вказували на те, що мікроорганізм не чутливий до внесеного в лунку препарату або до концентрації антибіотика в диску;

- зони затримки росту, діаметром 11–15 мм, вказують на малу чутливість культури до досліджуваної концентрації антибактеріального препарату;

– зони затримки росту, діаметром 15–25 мм, розцінювали, як показник чутливості мікроорганізму до досліджуваного препарату; зони затримки росту, діаметр яких перевищує 25 мм, свідчать про високу чутливість мікроорганізмів до досліджуваних препаратів [154].

Цитологічне дослідження патологічної тканини проводили в імуногістохімічній лабораторії кафедри патоморфології Івано–Франківського національного медичного університету. Отримані препарати методом поверхневої біопсії висушували при кімнатній температурі протягом доби. Препарати забарвлювали за Паппенгеймом з використанням барвника–фіксатора Мая–Грюнвальда та готового барвника Романовського–Гімзи [155]. Цитологічні препарати досліджували світлооптично на мікроскопі Leica DME при збільшенні  $\times 40$ ,  $\times 100$ ,  $\times 200$ ,  $\times 400$  і  $\times 1000$ .

Мікрофотографування цитопрепаратів здійснювали за допомогою цифрової фотокамери "Nikon P5100" та розробленої на кафедрі патоморфології Івано–Франківського національного медичного університету системи для отримання мікроскопічних зображень гістологічних мікропрепаратів з використанням імерсійного об'єктиву ( $\times 100$ ) [156].

При аналізі цитологічних препаратів враховували наступні клітинні елементи:

1. Мікрофлора – коки і палички (грампозитивні і грамнегативні).
2. Лейкоцити: а) нейтрофільні гранулоцити їх кількість, наявність ознак дегенерації і без них, б) еозинофільні гранулоцити, в) лімфоцити, г) гігантські багатоядерні клітини.
3. Гістіоцити: а) молоді полібласти, б) макрофаги,
4. Фагоцитоз: а) завершений, б) незавершений, в) спотворений (дегенеративний).
5. Клітини сполучної тканини: а) профібробласти, б) фібробласти, в) фіброцити.
6. Епітелій: а) молоді клітини, б) злущений епітелій.

На основі проведеного цитологічного аналізу визначали терміни настання періодів перебігу ранового процесу. Дослідження проводили за методикою, яку запропонував М. Ф. Камаєв (1970) з інтерпретацією отриманих цитограм за типами. Згідно цієї класифікації розрізняють 6 типів цитограм:

- тип 1 – рання стадія ранового процесу;
- тип 2 – дегенеративно–некротична стадія;
- тип 3 – дегенеративно–запальна стадія;
- тип 4 – регенеративна стадія першого варіанту ранового процесу;
- тип 5 – регенеративна стадія другого варіанту ранового процесу
- тип 6 – регенеративна стадія третього варіанту ранового процесу

[157].

У наших дослідженнях, у хворих на глибокі форми ГП були виявлені 3–ій, 4–ий і 5–ий типи цитограм за М. Ф. Камаєвим (1970).

## **2.2. Клінічна характеристика хворих та методів лікування**

Робота базується на результатах клінічних, лабораторних, інструментальних методів дослідження та комплексного хірургічного лікування 112 хворих на глибокі форми ГП, які перебували на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано–Франківської обласної клінічної лікарні у період з 2005 по 2010 роки.

Групу порівняння склали 55 (49,1 %) із 112 хворих на глибокі форми ГП, у яких були застосовані загальноприйняті методи діагностики та оперативного втручання. У хворих із групи порівняння для місцевого лікування ран використовували мазь «Левомеколь».

Основну групу склали 57 (50,9 %) хворих, в яких для ранньої діагностики застосовували УСГ та МРТ з контрастним підсиленням прямої кишки, нові прийоми оперативного втручання, розпрацьовані схеми антибіотикопрофілактики та антибіотиколікування з врахуванням ендолімфатичного введення антибактеріальних препаратів. У 32 (56,1 %)

хворих з основної групи для місцевого лікування ран промежини в першій фазі ранового процесу застосовували мазь «Ацербін» (Австрія). Для місцевого лікування ран анального каналу у хворих цієї групи застосували мазь на гідрофільній основі «Офлокаїн».

Група порівняння і дослідні групи хворих були репрезентативні за основними показниками віку, статі, складності глибоких форм ГП, що дозволило провести порівняльну оцінку ефективності застосованих нових методів діагностики, прийомів оперативного втручання та комплексного лікування при аналізі безпосередніх і віддалених результатів.

Хворі поступали в клініку в різні строки від початку захворювання – від 1 до 12 діб, що вимагало застосовувати індивідуальну хірургічну тактику і обсяг комплексного лікування кожного хворого. Проаналізовано залежність строків госпіталізації хворих на глибокі форми ГП. Встановлено, що на 1–3 добу від початку захворювання були госпіталізовані 18 (16,1 %) хворих, на 4–6 добу захворювання – 43 (38,4 %) хворих, на 7–12 добу – 51 (45,5 %) хворий. Таким чином, 94 (83,93 %) хворих звернулися за медичною допомогою пізно, в строки від 4 до 12 діб від початку захворювання (рис. 2.1).

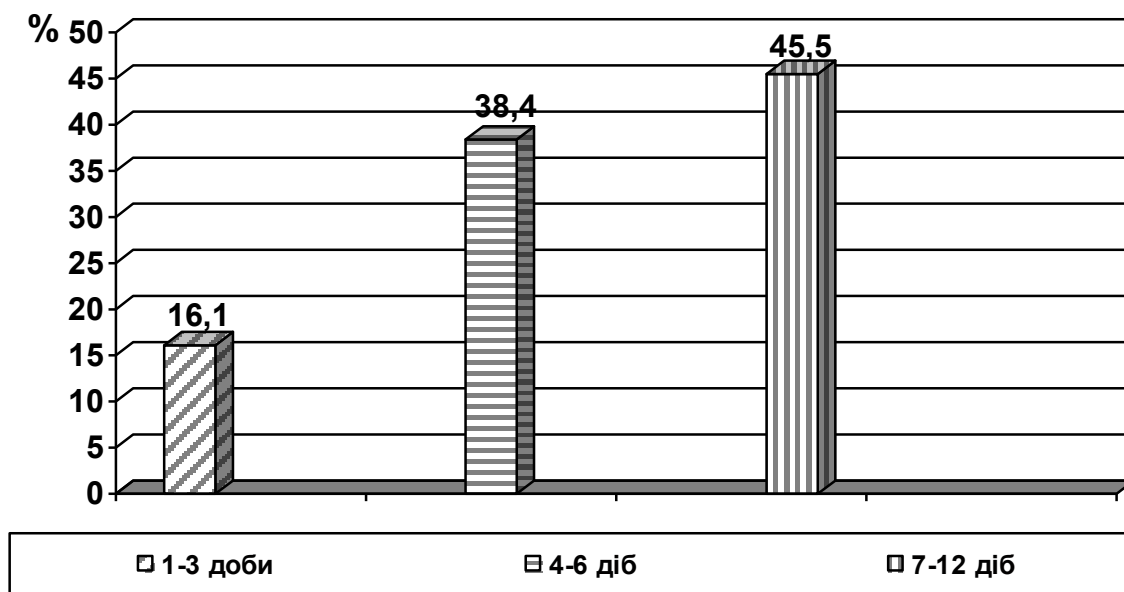


Рис. 2.1 Розподіл хворих за строками госпіталізації



Серед обстежених хворих чоловіків 80 (71,4 %), жінок – 32 (28,6 %). Вік хворих від 20 до 81 року. Хворі віком від 20 до 60 років становили 77,7 % (87 із 112 хворих).

Для чоловіків і жінок найбільш характерним було виникнення захворювання у віковій категорії від 40 до 49 років, що становить 26,8 % (табл. 2.1).

Таблиця 2. 1

Розподіл хворих на глибокі форми ГП за віком та статтю

Вік хворих, років	Кількість хворих			
	чоловіків		жінок	
	абс.	%	абс.	%
20–29	8	7,1	3	2,7
30–39	14	12,5	7	6,2
40–49	21	18,7	9	8,1
50–59	18	16,1	7	6,2
60–69	12	10,7	4	3,6
70 і більше	7	6,3	2	1,8
Разом...	80	71,4	32	28,6
	112 (100 %)			

Аналіз безпосередніх результатів лікування був проведений на основі даних об'єктивного обстеження, зовнішнього огляду промежини, пальпації і змін у місцевій симптоматиці захворювання, характеру післяопераційних ускладнень та строків стаціонарного лікування хворих. Віддалені результати лікування оцінювали в терміни від 3–х місяців до 2–х років за допомогою

проктологічного обстеження і застосування додаткових інструментальних методів діагностики.

За глибиною розташування в параректальних клітковинних просторах ішіоректальний ГП діагностований у 60 (53,6 %) хворих, пельвіоректальний ГП – у 11 (9,8 %), ретроректальний ГП – у 16 (14,3 %), підковоподібний ГП – у 15 (13,4 %), панпарапроктит (флегмона тазу) – у 10 (8,9 %) (рис. 2.2).

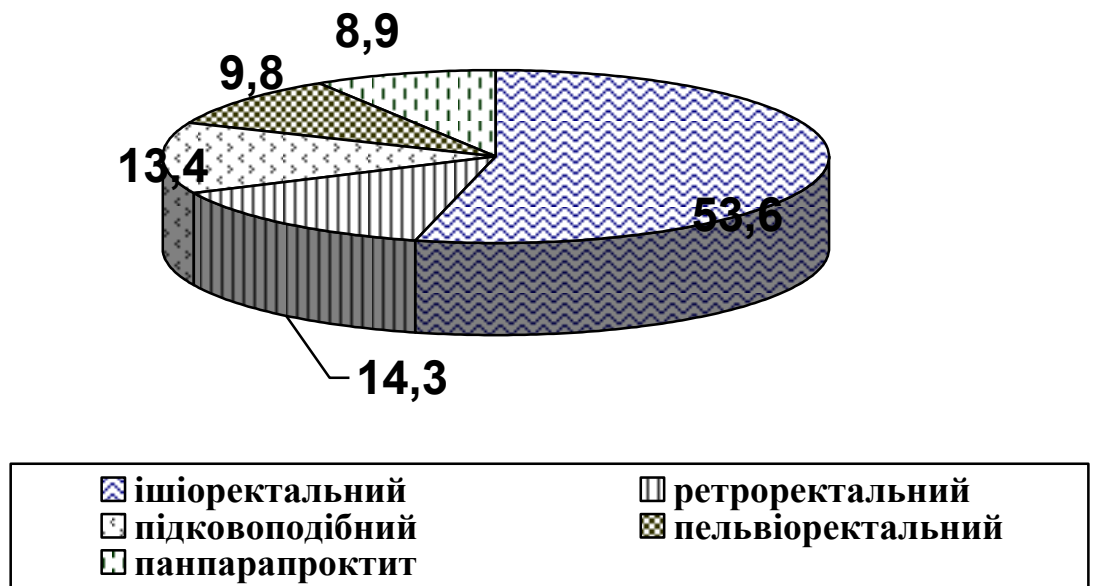


Рис. 2.2 Форми гострого глибокого парапроктиту

За нашими даними розвиток ССЗВ мав місце у 104 (92,9 %) із 112 хворих на глибокі форми ГП. Тяжкість стану хворих на глибокі форми ГП оцінювали за системою ASA (American Society of Anesthesiologists) [158]. На основі результатів комплексного клініко–лабораторного дослідження за системою ASA із 112 хворих на глибокі форми ГП фізичний стан перед операцією був нетяжким лише у 15 (13,4 %) хворих, тяжким, що обмежувало повсякденну їх активність, але не приводило до повної втрати працездатності – у 69 (61,6 %) хворих і тяжким, що приводило до повної втрати працездатності та представляло постійну загрозу життю – у 28 (25 %) хворих.

Серед 43 хворих із глибокими формами ГП, стан яких розцінювали як тяжкий у 35 виявлені гнійні запливи різної локалізації (калитка, стегно,

поперекова ділянка). У 28 (80 %) хворих гнійні запливи були діагностовані до операції, у 6 (17,1 %) хворих під час операції, а у одного хворого при повторному оперативному втручанні, проведеному через 3 доби. Серед цих 35 хворих, у 17 (48,6 %) гнійні запливи були діагностовані при пельвіоректальній, ретроректальній та підковоподібній локалізації основного гнійника з транссфінктерним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язової маси або при екстрасфінктерному первинному гнійному ході. У 18 (51,4 %) хворих гнійні запливи були діагностовані при обширних ішіо– і «низьких» ретроректальних формах гнійників з транссфінктерним розміщенням первинного гнійного ходу, який захоплював глибоку порцію анального жому. Ознаки органної дисфункції хоча б однієї системи (дихальної, серцево–судинної, ниркової, печінкової чи центральної нервової) на час госпіталізації діагностовано у 28 (25 %) хворих на глибокі форми ГП. У цих хворих з проявами органної дисфункції нами застосована оцінка тяжкості стану хворого за системою SAPS [159].

Супутні захворювання були діагностовані у 42 (37,5 %) хворих (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

## Структура супутніх захворювань у хворих на глибокі форми ГП

Захворювання	Частота виявлення (n = 42)	
	абс.	%
Ішемічна хвороба серця	12	28,6
Хронічний бронхіт, бронхіальна астма,	7	16,7
Ожиріння	3	7,1
Хронічний гастродуоденіт	8	19
Гіпертонічна хвороба	6	14,3
Цукровий діабет II типу	4	9,5
Сечокам'яна хвороба, ревматизм з мітральною вадою серця	2	4,8
Разом...	42	100

Найчастіше виявляли ішемічну хворобу серця (у 12 хворих), хронічний обструктивний бронхіт, бронхіальну астму та емфізему легень (у 7 хворих), “метаболічний синдром X” з ожирінням III–IV ступеня (у 3 хворих), хронічний гастродуоденіт (у 8 хворих). Гіпертонічну хворобу II–III ступеня діагностовано у 6 хворих, цукровий діабет II типу – у 4 хворих, сечокам’яну хворобу і ревматичну хворобу серця з мітральною вадою з перевагою стенозу – по одному хворому.

У 8 (7,1 %) із 112 хворих діагностовані супутні захворювання, які за клінічними і лабораторними критеріями відповідали стадії їх декомпенсації (постійні набряки на ногах, задуха в стані спокою, цукор в крові вище 11–13 ммоль/л, наявність ацетону в сечі, та ін.).

Встановлено, що розвиток ГП не супроводжувався активацією хронічної супутньої патології. Виявлені при обстеженні її декомпенсовані форми розвинулись у хворих до появи перших клінічних ознак ГП. На противагу цьому, тільки у хворих на цукровий діабет формування параректального гнійника супроводжувалось порушеннями вуглеводного обміну, що проявлялося у підвищенні рівня глікемії і потребувало корекції дози цукрознижуючих препаратів. Варто відзначити, що супутні захворювання на фоні ГП істотно погіршували загальний стан хворих, зменшувалась ефективність комплексного лікування і зростала тривалість перебування їх в стаціонарі. Корекцію декомпенсованих форм супутніх захворювань проводили під час інтенсивної передопераційної підготовки хворих. Об’єм і характер лікування визначали за участю профільних спеціалістів – ендокринолога, кардіолога, анестезіолога, та ін.

Коротку інтенсивну передопераційну підготовку проводили також хворим з глибокими формами ГП, зокрема, при наявності ознак ССЗВ, пельвіоректальному ГП, ретроректальному ГП, підковоподібному ГП чи панпарапроктиті (флегмоні тазу).

Діагностика ГП включала послідовне використання методів традиційної клінічної діагностики і ряду допоміжних – лабораторних та інструментальних

методик. Велике значення має ретельно зібраний анамнез захворювання, дані зовнішнього огляду промежини, пальпації і пальцевого дослідження прямої кишки та перианальної ділянки, а також бімануального дослідження. Покращення якості діагностики глибоких форм ГП з використанням УСГ і МРТ з контрастним підсиленням дозволило об'єктивізувати вибір раціонального оперативного доступу для адекватного хірургічного лікування ГП.

Результати клінічного дослідження, які були доповнені даними інструментальних методів діагностики, узагальнювали для вирішення наступних основних питань:

- наявність абсцесу в параректальній клітковині, його поширеність, наявність можливих натічників;
- встановлення зв'язку порожнини гнійника з просвітом прямої кишки, що давало можливість розрізнити «справжній» ГП і банальний абсцес промежини;
- визначення локалізації внутрішнього отвору на ураженій крипти слизової оболонки прямої кишки і первинного гнійного ходу, який з'єднує порожнину абсцесу з просвітом прямої кишки;
- встановлення відношення первинного гнійного ходу до м'язової маси анального сфінктера (його порції).

Оперативне втручання на глибокі форми ГП виконували в умовах загальної анестезії в невідкладному порядку. Перевагу надавали сакральній–епідуральній анестезії, яка забезпечувала повне розслаблення сфінктера прямої кишки впродовж тривалого часу, адекватне знеболювання хворого і оптимальний оперативний доступ. Операцію проводили у положенні хворого на спині, ноги були зігнуті в колінних суглобах, розведені і укладені на підставки, а таз був висунутий на край стола.

У всіх хворих перед розкриттям гнійника параректальної клітковини застосовували методику, спрямовану на виявлення внутрішнього отвору

первинного гнійного ходу, що з'єднює порожнину абсцесу з просвітом прямої кишки. Для цього порожнину гнійника пунктували товстою голкою через промежину. Після евакуації 1,5–3 мл гною, який негайно передавали для мікробіологічного дослідження, в порожнину абсцесу вводили 3–5 мл 1 % – ного розчину метиленового синього, змішаного з 3 %– ним розчином перекисю водню у співвідношенні 2 до 1. Проведення цієї мініпуляції забезпечувало візуалізацію в ректальних дзеркалах внутрішнього отвору первинного гнійного ходу на ураженій крипти прямої кишки, а також фарбування всіх кишень і натічників.

Операційний доступ до гнійника у 55 (49,1 %) хворих групи порівняння здійснювали за допомогою радіального або дугоподібного розрізу шкіри промежини. Завдяки удосконаленим методам інструментальної і променевої діагностики у 57 (50,9 %) хворих з основної групи застосовували переважно дугоподібний розріз на стороні ураження.

Характер виконаних оперативних втручань у досліджуваних хворих представлено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Характер виконаних оперативних втручань у досліджуваних хворих

Види операцій	Основна група (57 хворих)	Група порівняння (55 хворих)
Розкриття, дренивання абсцесу, розсічення гнійного ходу в просвіт кишки	16	11
Розкриття, дренивання абсцесу, висічення ураженої крипти, дозована сфінктеротомія	21	–
Розкриття абсцесу, дренивання, проведення шовкової лігатури	–	12
Розкриття абсцесу, дренивання, відстрочене радикальне оперативне втручання	20	32
Разом...	57	55

Крім того, у 20 (35,1 %) із 57 хворих основної групи застосували розроблений нами спосіб попередження прогресування флегмони промежини. Для цього проводили основний півмісяцевий розріз на промежині, довжиною 7–10 см, на середині відстані від анального отвору до сідничного горба, паралельно обводу анального кільця. Два додаткових радіальних розрізи на промежині здійснювали з обох сторін від основного строго перпендикулярно до лінії основного розрізу і в радіальному напрямі за відношенням до анального отвору. Внутрішні краї додаткових радіальних розрізів на промежині, довжиною 4–7 см, розташовували на відстані 3–4 см від анального отвору на межі запального інфільтрату періанальної ділянки і незміненої шкіри. Довжина додаткових радіальних розрізів (4–7 см) залежала від площі запального інфільтрату на промежині і передбачала розсічення шкіри, підшкірної клітковини, поверхневої фасції тазу і уражених глибоких клітковинних просторів. При підковоподібній формі глибокого ГП виконували два дугоподібних розрізи з відповідними додатковими радіальними розрізами на обох уражених сторонах від серединної лінії анального отвору. При ретроректальній формі глибокого ГП основний дугоподібний розріз проводили по задньому обводу анального кільця з пересіченням анокуприкової зв'язки, а два додаткових радіальних розрізи промежини проводили на обох протилежних сторонах від серединної лінії анального отвору (Патент України на корисну модель № 41249).

Застосовані нами оперативні втручання при різних варіантах глибоких форм ГП мали певні особливості їх технічного виконання. Зокрема, при локалізованих формах ішіоректального ГП у вигляді абсцесу після візуалізації внутрішнього отвору гнійного ходу, пункції гнійника товстою голкою з боку шкіри промежини, евакуації 1,5–3 мл гною і фарбування сумішшю 3–5 мл 1 %-ного розчину метиленового синього змішаного з 3 %-ним розчином перекисю водню, через пункційний отвір голки на шкірі, в порожнину абсцесу проводили гудзиковий зонд, кінець якого виводили через внутрішній отвір ураженої анальної крипти в просвіт прямої кишки. Двома півовальними

розрізами в напрямку ураженої крипти висікали єдиний блок тканин, який містив гнійник разом з ураженою криптою. Рану обробляли 3 %-ним розчином перекисю водню і пухко виповнювали марлевою смужкою з маззю.

При поширених ішіо– і «низьких» ретроректальних гнійниках з натічками розріз шкіри проводили в проекції розміщення гнійника, відступивши назовні від анального сфінктера на 3–4 см. Під контролем пальця, введеного в анальний канал, оцінювали розташування гнійника і «тримаючи його на пальці» тупим шляхом проходили в його порожнину з сторони промежинної рани. Після отримання гною рану в параректальній клітковині широко розкривали, руйнували всі підшкірно–жирові і фасціальні перетинки, розкривали і дренивали натічки. Некротично змінені тканини максимально повно висікали. В результаті хірургічної обробки гнійного вогнища формували «єдину» гнійну рану і забезпечували умови для її адекватного дренивання.

Здійснення наступного етапу операції, спрямованого на ліквідацію первинного гнійного ходу, залежало від відношення останнього до м'язової маси анального сфінктера.

При інтрасфінктерному розміщенні первинного гнійного ходу з сторони слизової оболонки прямої кишки знаходили уражену анальну крипту. Проводили гудзиковий зонд зі сторони рани промежини у внутрішній отвір ураженої крипти анального каналу. Гнійний хід розсікали в просвіт прямої кишки на зонді разом з ураженою криптою. Ретельно висікали всі гнійно–некротичні тканини в зоні первинного гнійного ходу, а уражену крипту висікали.

При трансфінктерному розміщенні первинного гнійного ходу характер оперативного втручання визначався об'ємом (порцією) м'язової тканини, розміщеною назовні від первинного гнійного ходу. Для цього, після проведення гудзикового зонду зі сторони рани промежини через внутрішній отвір первинного гнійного ходу, останній частково розсікали, після чого визначали товщу м'язової маси, розміщену між гнійною порожниною і



просвітом прямої кишки. При локалізації первинного гнійного ходу в зовнішній порції анального сфінктера виконували дозовану сфінктеротомію за А. Н. Рижих в процесі висічення гнійного ходу разом з ураженою анальною криптою. Збережена внутрішня порція анального жому повинна в цих випадках забезпечити повноцінну замикальну функцію відхідника. Якщо первинний гнійний хід проходив в «основній» масі м'язового жому або розміщувався екстрасфінктерно на другому етапі при візуалізованій ураженій анальній крипті ліквідацію первинного гнійного ходу здійснювали лігатурним методом (у групі порівняння). При неможливості виявлення внутрішнього отвору на ураженій крипті операцію завершували санацією і дренажуванням рани промежини.

При пельвіоректальному ГП розшарування діафрагми тазу (*m. levator ani*) проводили повздовжньо, у радіальному напрямі. Розшарування діафрагми тазу у поперечному напрямі є небезпечним через можливість пошкодження крупних артеріальних і венозних судин (*a. et v. obturatoria*, *a. et v. pudenda interna*), які розміщені над *arcus tendineus* і покриті *lamina parietalis fascia pelvis*. Після розкриття гнійника і евакуації гнійно–некротичних мас руйнували сполучнотканинні перетинки, розкривали натічники і частково висікали некротичні тканини. Порожнину гнійника пухко виповнювали марлевими смужками з 3 %-ним розчином перекисю водню. При виконанні другого етапу операції у хворих із пельвіоректальним ГП враховували обставину, що внутрішній отвір первинного гнійного ходу завжди розміщується значно нижче, на рівні гребінцевої лінії. Проводили гудзиковий зонд зі сторони рани промежини через внутрішній отвір первинного гнійного ходу і останній частково розсікали. Ліквідацію первинного гнійного ходу здійснювали враховуючи екстасфінктерне чи екстрасфінктерне роташування первинного гнійного ходу.

У 32 (58,2 %) із 55 хворих групи порівняння, зокрема, при ішіоректальному ГП – у 14 хворих, пельвіоректальному ГП – у 3 хворих, ретроректальному ГП – у 6 хворих, і підковоподібному ГП – у 4 хворих,

панпарапроктиті – у 5 хворих на першому етапі проводили тільки розкриття і дренажування гнійника. Головною причиною нерадикального оперативного втручання у цих хворих була відсутність візуалізації внутрішнього отвору ураженої анальної крипти. На другому етапі у цих хворих через 30 діб після першого втручання, виконували ліквідацію сформованого норицевого ходу.

Антибактеріальна терапія у хворих із групи порівняння мала спорадичний характер і була застосована у 19 (34,5 %) хворих. Зверхкоротку антибіотикопрфілактику до– і впродовж першої доби після операції провели у 14 (24,6 %) із 57 хворих основної групи, при ізольованому, чітко обмеженому параректальному гнійнику та відносно задовільному стані хворого. Результати її оцінювали за регресуванням ознак ССЗВ, місцевими змінами рани промежини і анального каналу, результатами мікробіологічних досліджень.

Антибактеріальну внутрішньовенну терапію проводили у 12 (21,1 %) із 57 хворих основної групи з флегмоною параректальної клітковини та клінічними проявами ССЗВ.

Тільки ендолімфатичне введення антибіотиків прямим антиградним методом застосували у 10 (17,5 %) хворих основної групи при гнильно–некротичній формі запалення та проявами ССЗВ через катетеризовану лімфатичну судину на ступні. Візуалізацію лімфатичної судини на стопі проводили після введення барвника (метиленовий синій чи індігокармін) підшкірно в перший міжпальцевий проміжок ступні. Ендолімфатично вводили одну разову дозу антибіотика, розведеного в 20 мл 0,9 %–го розчину хлориду натрію один раз на добу за допомогою «Лінеамата» («Інфузомата») з швидкістю 0,15–0,2 мл за одну хвилину. Антибіотики вводили в лімфатичну систему на стороні локалізації патологічного процесу. При підковоподібній формі ГП здійснювали канюлювання лімфатичної системи через судину першого міжпальцевого проміжку лівої ступні, що дозволяло охопити більш

обширний сегмент лімфатичної системи тазу. Тривалість функціонування катетера складала в середньому 3–5 діб.

У 32 (56,1 %) хворих основної групи місцеве лікування ран проводили диференційовано, беручи до уваги фазу ранового процесу та роздільне застосування мазі на операційну рану промежини та анального каналу. Для місцевого лікування ран промежини в першу фазу ранового процесу з першої доби після операції застосовували 10 %-ну бензойну мазь на гідрофільній основі («Ацербін»), яка забезпечувала хімічну некректомію протягом 3–4 діб. Перев'язки проводили двічі на добу за допомогою марлевих смужок, просочених маззю. Якщо порожнина гнійника була великих розмірів, в її просвіт додатково встановлювали поліхлорвініловий катетер для введення лінімента.

Одночасно, для місцевого лікування рани каналу відхідника у хворих основної групи застосовували мазь «Офлокаїн» протягом 5–7 діб після операції, яку вводили за допомогою марлевої смужки. Перев'язки проводили двічі на добу, використовуючи тампони просочені маззю.

У 30 (54,5 %) хворих із групи порівняння препаратом вибору для місцевого лікування слугувала мазь «Левомеколь». Перев'язки з заміною мазевих тампонів проводили двічі на день, до повного очищення ран і появи грануляцій.

Загальний стан хворих оцінювали за даними динамічного контролю загальноклінічних лабораторних досліджень, самопочуттям, вираженістю больового синдрому, фізіологічних відправлень, термометрією, визначення частоти пульсу і рівня артеріального тиску.

Місцеві зміни в рані промежини і анального каналу оцінювали за термінами усунення перифокального набряку і інфільтрації країв рани, швидкості її очищення від некротичних тканин і гнійного вмісту, термінами появи грануляцій. З метою об'єктивізації проведених досліджень результати моніторингу змін з боку рани співставляли з результатами проведеного мікробіологічного та цитологічного контролю.

В строки від 3–х місяців до 2–х років віддалені результати лікування були проаналізовані у 65 (58,03 %) із 112 хворих на глибокі форми ГП. Аналіз результатів здійснювали за допомогою проктологічного обстеження, застосування додаткових інструментальних методів діагностики, з врахуванням числа рецидивів, переходу процесу в хронічну форму (формування нориць) і оцінки функціональних результатів, зокрема, недостатності анального сфінктера

Цифровий матеріал піддавали статистичному аналізу з використанням критерію Стюдента. Зміни вважали вірогідними при  $p < 0,05$ . Для розрахунків застосовували комп'ютерну програму Exel (Microsoft).

### РОЗДІЛ 3

## КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ГЛИБОКИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

3.1. Результати загальноклінічних і біохімічних досліджень у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту та оцінка стану тяжкості хворих

Об'єктивними критеріями діагностики й оцінки тяжкості перебігу захворювання є вираженість його клінічних проявів, змін загальноклінічних і лабораторних показників, а також параметрів об'єктивного дослідження. Вже на основі цих даних можна прогнозувати тяжкість перебігу ГП.

При загальноклінічному дослідженні крові рівень гемоглобіну при госпіталізації у більшості хворих був у межах норми. Тільки у 11 (9,8 %) із 112 хворих він перевищував 150 г/л. Рівень гемоглобіну нижче 100 г/л відзначили при поступленні в клініку у 16 (14,3 %) із 112 хворих.

Кількість лейкоцитів у периферичній крові при госпіталізації не перевищувала верхню межу норми тільки у 8 (7,1 %) із 112 хворих. Збільшення кількості лейкоцитів в периферичній крові понад  $9 \times 10^9$  г/л мало місце у 104 (92,8 %) із 112 хворих. У хворих на ішіо-, ретро-, пельвіоректальні і підковоподібні форми ГП із трансфінктерним первинним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним гнійним ходом, кількість лейкоцитів становила в середньому  $10,7 \pm 0,95 \times 10^9$  г/л. У хворих на поширені ішіо- і «низькі» ретроректальні форми ГП з трансфінктерним розміщенням первинного гнійного ходу, який захоплював глибоку порцію анального жому кількість лейкоцитів становила в середньому –  $9,8 \pm 0,91 \times 10^9$  г/л, ( $p > 0,05$ ).

Кількість паличкоядерних нейтрофілів була вищою від верхньої межі норми у 44 (39,3 %) хворих. Підвищення кількості лейкоцитів у периферичній

крові супроводжувалося нейтрофільним зсувом вліво і появою юних форм у 65 (58 %) хворих. У хворих на ішію-, ретро-, пельвіоректальні і підковоподібні форми гнійника з трансфінктерним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язевої маси або екстрасфінктерним гнійним ходом, кількість паличкоядерних нейтрофілів становила в середньому  $8,9 \pm 0,86$  (%). У хворих на поширені ішію- і «низькі» ретроректальні форми ГП з трансфінктерним розміщенням первинного гнійного ходу, який захоплював глибоку порцію анального жому кількість паличкоядерних нейтрофілів становила в середньому  $7,3 \pm 0,72$  (%), ( $p > 0,05$ ).

Отже, найбільш значні зміни у загальному аналізі крові були притаманні хворим на ішію-, ретро-, пельвіоректальні і підковоподібні форми гнійника з трансфінктерним гнійним ходом, який захоплює більше половини м'язевої маси або екстрасфінктерним гнійним ходом, у яких за лабораторними показниками констатовано ССЗВ. Інформативним виявився показник паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів, який у хворих на ішію-, ретро-, пельвіоректальні і підковоподібні форми гнійника з трансфінктерним гнійним ходом або екстрасфінктерним ходом становив в середньому  $8,9 \pm 0,86$ (%), і був достовірно вищим, ніж у хворих із поширеними ішію- і «низькими» ретроректальними формами ГП з трансфінктерним гнійним ходом, який становив в середньому  $7,3 \pm 0,72$  (%), ( $p > 0,05$ ).

Кількість еозинофілів у хворих на ішію-, ретро-, пельвіоректальні і підковоподібні форми гнійника з трансфінктерним гнійним ходом, який захоплює більше половини м'язевої маси або екстрасфінктерним гнійним ходом становила в середньому  $1,03 \pm 0,12$  (%), у хворих на поширені ішію- і «низькі» ретроректальні форми ГП з трансфінктерним розміщенням первинного гнійного ходу, який захоплював глибоку порцію анального жому  $1,06 \pm 0,15$  (%), ( $p > 0,05$ ).

У хворих на ішію-, ретро-, пельвіоректальні і підковоподібні форми гнійника з трансфінктерним гнійним ходом, який захоплює більше половини м'язевої маси або екстрасфінктерним гнійним ходом кількість лімфоцитів

становила в середньому  $19,4 \pm 2,06$  (%), у хворих на поширені ішію– і «низькі» ретроректальні форми ГП з трансфінктерним розміщенням первинного гнійного ходу, який захоплював глибоку порцію анального жому –  $17,8 \pm 1,82$  (%), ( $p>0,05$ ).

Прискорену ШОЕ відзначено у 78 (69,6 %) хворих. Зростання цього показника відмічали в обох групах хворих до 2–3–ої доби. На другому тижні захворювання ШОЕ мала тенденцію до зниження, проте не сягала нормальних значень у хворих з гнильно–некротичним ГП навіть до 15–ої доби. У хворих на ішію–, ретро–, пельвіоректальні і підковоподібні форми гнійника з трансфінктерним гнійним ходом, який захоплює більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним гнійним ходом ШОЕ становила в середньому  $21,4 \pm 2,18$  мм/год, у хворих на поширені ішію– і «низькі» ретроректальні форми ГП з трансфінктерним розміщенням первинного гнійного ходу, який захоплював глибоку порцію анального жому –  $19,6 \pm 1,91$  мм/год, ( $p>0,05$ ).

Рівень цукру в крові на час госпіталізації переважав верхню межу норми у 4 (3,6 %) із 112 хворих.

Концентрація загального білка при госпіталізації хворих на глибокі форми ГП становила, в середньому  $74,8 \pm 6,54$  г/л. Зниження концентрації загального білка у сироватці крові переважно відбувалася за рахунок альбумінової фракції, в середньому до  $51,2 \pm 5,45$  г/л, що встановлено при госпіталізації у 28 (25 %) хворих. Рівень гіпо– та диспротеїнемії у хворих з гнильно–некротичною формою продовжував зростати, особливо при розвитку ССЗВ.

Рівень сечовини у хворих на ішію–, ретро–, пельвіоректальні і підковоподібні форми гнійника з трансфінктерним гнійним ходом, який захоплює більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним гнійним ходом становив в середньому  $9,84 \pm 1,06$  ммоль/л, у хворих на поширені ішію– і «низькі» ретроректальні форми ГП з трансфінктерним розміщенням первинного гнійного ходу, який захоплював глибоку порцію анального жому –  $9,42 \pm 0,96$  ммоль/л, ( $p>0,05$ ).

Рівень креатиніну у хворих на ішіо-, ретро-, пельвіоректальні і підковоподібні форми гнійника з трансфінктерним гнійним ходом, який захоплює більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним гнійним ходом становив в середньому  $98,6 \pm 10,12$  ммоль/л, у хворих на поширені ішіо- і «низкі» ретроректальні форми ГП з трансфінктерним розміщенням первинного гнійного ходу, який захоплював глибоку порцію анального жому –  $91,8 \pm 9,46$ , ( $p > 0,05$ ). У більшості хворих із тяжким перебігом ГП рівень креатиніну зростав до 3-ї доби захворювання, проте, вже на 7-у добу його концентрація поверталася до норми у всіх хворих. Тільки у одного хворого з «блискавичною» формою панпарапроктиту, який помер, відзначали стрімке зростання концентрації креатиніну і сечовини.

У 28 хворих з глибокими формами ГП на час госпіталізації були виражені прояви органної дисфункції хоча б однієї системи (дихальної, серцево-судинної, ниркової, печінкової чи центральної нервової. Нами вивчені зміни цих показників у 28 (25 %) хворих.

Нами застосована оцінка тяжкості стану цих хворих за системою SAPS [159]. Понад 20 балів (прогнозована летальність до 100 %) відзначено у одного (3,6 %) хворого, від 19 до 20 балів (прогнозована летальність до 50 %) – у 5 (17,9 %) хворих, від 15 до 19 балів (прогнозована летальність до 44,2 %) – у 9 (32,1 %) хворих, від 13 до 14 балів (прогнозована летальність до 30 %) – у 7 (25 %) хворих, від 9 до 10 балів (прогнозована летальність 19,4 %) – у 2 (7,1 %) хворих, менше 10 балів (прогнозована летальність до 13,3 %) – у 4 (14,3 %) хворих.

Таким чином, у 15 (53,4 %) із 28 хворих з глибокими формами ГП прогнозували тяжкий перебіг захворювання з імовірною летальністю 44,2 % і більше відсотків.



### 3.2. Клінічна симптоматика глибоких форм гострого парапроктиту

Нами була проаналізована інформативність клінічних ознак захворювання для діагностики глибоких форм ГП у всіх 112 обстежених хворих. Із числа обстежених 28 (25 %) хворих були госпіталізовані в тяжкому стані внаслідок поширеного гнійно–некротичного процесу в параректальній клітковині. З них, у 25 (89,3 %) були діагностовані гнійні натічники різної локалізації. До госпіталазації 21 (75 %) хворий зверталися в поліклініку в зв'язку з погіршенням загального стану, де вони були оглянуті урологом, гінекологом, терапевтом і хірургом. Вказане свідчить про труднощі своєчасної клінічної діагностики глибоких форм ГП, особливо в початковий період захворювання.

Проведені нами дослідження показали, що в клінічній картині гострого парапроктиту на ранніх етапах превалюють симптоми, які характерні для будь–якої форми цього захворювання. Разом з тим нами були відокремлені клінічні ознаки захворювання, які притаманні окремим формам глибокого ГП.

До загальних клінічних проявів захворювання ми віднесли больовий синдром, що локалізувався в нижніх відділах живота, ділянці промежини і прямої кишки, підвищення температури тіла, затруднення акту дефекації чи сечопуску.

Біль в нижніх відділах живота відзначали 21 (18,8 %) хворих з ішіоректальним, ретроректальним, пельвіоректальним, підковоподібним ГП та панпарапроктитом. При ішіоректальному ГП на біль в нижніх відділах живота скаржилися 7 (11,7 %) із 60 хворих. При ретроректальному ГП на біль у нижніх відділах живота скаржилися 2 (12,5 %) із 16 хворих, при підковоподібному ГП – 4 (26,7 %) із 15 хворих, при панпарапроктиті – 3 (20 %) із 10 хворих.

У 5 (45,5 %) із 11 хворих пельвіоректальним ГП, при локалізації параректального гнійника в безпосередній близькості від тазової очеревини, біль в нижніх відділах живота симулював клінічну симптоматику захворювання, яка характерна для псевдоабдомінального синдрому. Разом з

тим, всі 112 (100 %) досліджуваних хворих відзначали наявність болю в ділянці промежини і відхідника. Таким чином, ця ознака не могла слугувати критерієм диференційної діагностики форми ГП. На підвищення температури тіла скаржилися 89 (79,5 %) із 112 хворих. При ішіоректальному ГП у 9 (15 %) хворих температура тіла не перевищувала  $38^{\circ}\text{C}$ , а у 25 (41,7 %) за такої локалізації відзначали гіпертермію понад  $38^{\circ}\text{C}$ . Незважаючи на це на лихоманку скаржилися тільки 5 (8,3 %) хворих на ішіоректальний ГП. При пельвіоректальному ГП гіпертермію зареєстровано у 9 (81,8 %) із 11 хворих, при цьому, у 6 (54,5 %) пацієнтів вона перевищувала  $38^{\circ}\text{C}$ . Лихоманку відзначали 3 (27,3 %) хворих. При ретроректальному ГП гіпертермія виявлена у 14 (87,5 %) із 16 хворих, при цьому, у 3 (18,7 %) пацієнтів вона не перевищувала  $38^{\circ}\text{C}$ , а у 7 (43,7 %) відзначали гіпертермію понад  $38^{\circ}\text{C}$ . Лихоманку відзначали 2 (12,5 %) хворих за такої локалізації гнійного процесу. При підковоподібному ГП гіпертермію зареєстровано у всіх 15 (100 %) хворих з таким поширенням процесу, при цьому, у 11 (73,3 %) пацієнтів вона перевищувала  $38^{\circ}\text{C}$ . Лихоманку відзначали 4 (26,72 %) хворих. При панпарапроктиті гіпертермію зареєстровано у всіх 10 (100 %) хворих, при цьому, у 9 (90 %) пацієнтів вона перевищувала  $38^{\circ}\text{C}$ . Лихоманку відзначали 8 (80 %) хворих.

Порушення акту дефекації і дизуричні явища відзначали у кожного третього хворого з ішіоректальним ГП і у кожного четвертого з пельвіоректальним і ретроректальним ГП.

Вираженість кожного з цих симптомів мала значну варіабельність, коливалася в достатньо широких межах і суттєво залежала від форми ГП.

До місцевих клінічних проявів захворювання ми віднесли зміну форми однієї з стінок прямої кишки, болючість стінки прямої кишки і перианальної ділянки при пальпації, видимі ознаки наявності гнійника на шкірі промежини. Зміну форми однієї з стінок прямої кишки виявляли при стандартному ректороманоскопічному дослідженні хворих на ГП, котрим вдалося провести це обстеження у 34 (30,6 %) хворих. Ця місцева ознака захворювання була

встановлена у 5 (45,5 %) з 11 обстежених хворих при ішіоректальному ГП, при пельвіоректальному ГП – у 6 (75 %) із 8 хворих, при ретроректальному ГП – у 5 (55,6 %) із 9 хворих і при підковоподібному ГП – у 3 (50 %) із 6 обстежених хворих.

Болючість стінки прямої кишки при пальцевому дослідженні частіше відзначали у хворих із ішіоректальним розташування ГП. Цю місцеву ознаку захворювання відзначено у 45 (75%) хворих за такої локалізації. Слід зазначити, що при більш глибокому розташуванні гнійника в параректальній клітковині симптом болючості стінки прямої кишки не визначався, хоча іноді вдавалося «досягнути» кінчиком пальця зону локальної болючості. Так, при ретроректальному ГП позитивний симптом болючості стінки прямої кишки при пальцевому дослідженні відзначали у 3 (18,7%), при пельвіоректальному ГП – у одного хворого.

Пальпаторну болючість перианальної ділянки також частіше спостерігали при ішіоректальному ГП, зокрема, її визначали у 42 (70 %) хворих. У 10 (62,5 %) хворих з ретроректальним ГП і у 9 (81,8 %) з пельвіоректальним ГП цей симптом був відсутній, що пояснюється більш глибокою локалізацією гнійного осередку в параректальній клітковині. Клінічний досвід свідчить, що виявлення пальпаторної болючості перианальної ділянки не дозволяє судити про локалізацію гнійного процесу.

Наявність місцевого вогнища запалення в перианальній ділянці у хворих з глибокими формами ГП зустрічалась рідко і відзначена тільки у 21 (18,8 %) із 112 хворих. Як правило, це було пов'язане з проривом глибокого гнійника параректальної клітковини в підшкірну клітковину на промежині при флегмонозній формі захворювання, що відмічали на більш пізніх стадіях захворювання.

При пельвіоректальному ГП захворювання частіше розвивалося поступово, впродовж 2–3 днів і клінічно маніфестувало симптомами прогресуючого ССЗВ у вигляді підвищення температури тіла до 38–39<sup>0</sup> С. Хворі часто відзначали лихоманку, різку загальну слабкість, сухість в роті. Ці

гнійники розміщені в глибині малого тазу, в клітковині між м'язами, що піднімають задній прохід і листком тазової очеревини, тому чіткі місцеві клінічні прояви прогресуючого гнійно–запального процесу, особливо в початковий період захворювання, були відсутні. Місцева симптоматика при цьому переважно обмежувалася скаргами хворого на наявність болю в нижніх відділах живота. При зовнішньому огляді промежини будь–яких клінічних ознак за пельвіоректальний ГП виявити не вдалося. При пальцевому дослідженні прямої кишки іноді виявляли високо розміщений щільний інфільтрат верхній край якого «обійти» пальцем здебільшого не вдалося. У жінок обов'язковим було проведення бімануального дослідження для диференційної діагностики з абсцесом Дугласового простору. Початок пельвіоректального ГП завжди поступовий і не має ознак попередньої «катастрофи» в черевній порожнині, що характерно для абсцесу матково–прямокишкового заглиблення. Окрім того, цей абсцес завжди розміщується вище, ніж тазово–прямокишковий ГП.

При ретроректальному ГП хворі частіше скаржилися на біль в крижовій ділянці, відчуття тяжкості в прямій кишці, загальну слабкість і підвищення температури тіла до 38–39<sup>0</sup> С. Ці гнійники розміщуються між задньою стінкою прямої кишки і куприком. При огляді анальної ділянки її змін не виявляли. При натисканні на ділянку куприка хворі відмічали різкий біль. При пальцевому дослідженні прямої кишки вище гребінцевої лінії у частини хворих можна визначити «нависання» задньої стінки прямої кишки у вигляді інфільтрату еластичної консистенції з гладкими і рівними контурами, болючого при пальпації. В запущених випадках гнійник може самовільно «розкритися» частіше в просвіт прямої кишки чи через шкіру задньої промежини.

При підковоподібному ГП порожнина гнійника залягає частіше на задній півокружності прямої кишки вище або нижче м'язів діафрагми тазу. Клінічна картина підковоподібного ГП в цілому відповідає симптоматиці пельвіоректальної форми захворювання з переважанням загальних ознак

запальної реакції організму у відповідь на гнійно–некротичний процес в параректальній клітковині.

Для ішіоректального ГП характерна більш чіткої картини місцевих клінічних проявів, що можна пояснити порівняно поверхневим розміщенням параректального гнійника.

### 3.3. Результати застосування інструментальних методів діагностики глибоких форм гострого парапроктиту

Недостатня діагностична інформативність клінічних симптомів при глибоких формах ГП визначила необхідність застосування додаткових методів їх інструментальної діагностики. Встановлення розташування гнійника є тільки частиною діагнозу. Для вибору оптимального доступу і підвищення ефективності оперативного лікування необхідно мати дані про локалізацію внутрішнього отвору первинного гнійного ходу і ураженої крипти, знати відношення гнійного ходу до порції анального сфінктера та оцінити форму захворювання (локалізована чи поширена).

Нами були вивчені можливості застосування з діагностичною метою ректороманоскопії (РРС), ультрасонографії (УСГ) та магнітно–резонансної томографії (МРТ).

У хворих на глибокі форми ГП підготовка до РРС за допомогою очисних клізм була завжди болюча, погано переносилася пацієнтами, а сам процес підготовки кишки був доволі тривалим. Результати такої підготовки у деяких хворих були незадовільними через наявність в просвіті кишки залишків калу і промивних вод. Крім того, швидке введення в пряму кишку значних об'ємів рідини могло сприяти прогресуванню (дисемінації) гнійного процесу по клітковинних просторах малого тазу.

Послаблюючий ефект найбільш часто застосовуваних препаратів на основі антраглікозидів відбувався не раніше, ніж через 8–10 год, оскільки розпад їх в кишечнику проходив поступово, а сам послаблюючий ефект

наставав лише тоді, коли вони досягали товстої кишки. Ці методи підготовки до РРС не відповідали вимогам термінового (на протязі 1 год) очищення прямої кишки у хворих на глибокі форми ГП.

З врахуванням того, що для РРС достатнім є очищення прямої кишки на протязі 12–15 см, нами запропонований і впроваджений спосіб підготовки до ендоскопічного дослідження з використанням ректальних гліцеринових свічок (AMEDA, Індія). Супозиторій містить гліцерину 2,6289 г, а в якості допоміжних речовин – стеаринову кислоту і натрію бікарбонату.

Для очищення прямої кишки в положенні хворого на лівому боці в анальний канал послідовно вводили дві гліцеринові свічки по 3 г (AMEDA, Індія), після чого фіксували час появи стільця. Запропонований спосіб підготовки є необтяжливим для хворого і персоналу, не спричиняє посилення больового синдрому і не несе небезпеки поширення гнійно–запального процесу в параректальній клітковині.

Дослідження показали, що час підготовки за стандартною методикою у 17 хворих складав в середньому  $38,32 \pm 0,65$  хв, а за нашою запропонованою методикою у 17 хворих –  $12,26 \pm 0,2$  хв, ( $p < 0,001$ ). Якість підготовки прямої кишки для візуального огляду оцінювали за бальною методикою [152].

Так, після підготовки прямої кишки за допомогою очисних клізм незадовільну якість встановлено у 6 (35,3 %) хворих, добру і відмінну якість підготовки відзначили у 11 (64,7 %) хворих. При підготовці кишки за допомогою гліцеринових свічок 3 г (AMEDA, Індія), незадовільна якість підготовки була тільки у 4 (23,5 %) хворих, добрий і відмінний результат підготовки відзначений у 13 (76,5 %) хворих.

Вказане засвідчує, що спосіб підготовки прямої кишки до ендоскопічного обстеження за допомогою гліцеринових свічок має достовірні переваги над стандартним способом її очищення за допомогою очисних клізм у хворих на глибокі форми ГП.

Були проаналізовані результати РРС у 34 (30,6 %) хворих. Основним діагностичним критерієм наявності глибокого ГП вважали вип'ячування

стінки прямої кишки на рівні параректального гнійника. Одночасно з цим, дослідження дозволяло оцінити наявність «фонових» і супутніх захворювань прямої кишки – анальної тріщини, геморою та ін.

Випинання стінки прямої кишки на рівні гнійника було виявлено у 19 (55,9 %) із 34 обстежених хворих. При ішіоректальному ГП він виявлений у 5 (45,5 %) з 11 обстежених хворих, при пельвіоректальному ГП – у 6 (75 %) із 8 хворих, при ретроректальному ГП – у 5 (55,6 %) із 9 хворих і при підковоподібному ГП – у 3 (50 %) із 6 обстежених хворих.

З фонових захворювань прямої кишки при РРС діагностовано внутрішній геморою – у 11 (32,4 %), анальну тріщину – у 7 (20,6 %) хворих, і гострий криптит – у 6 (17,6 %) хворих. Виявлення вказаних захворювань у хворих ГП не мало суттєвого впливу на вибір методу хірургічного лікування, однак після операції цим хворим проводили додатково лікування фонового захворювання.

Отже, діагностична цінність РРС у виявленні випинання стінки прямої кишки на рівні гнійника у хворих на глибокі форми ГП, незалежно від форми захворювання, склала всього 55,9 %. Існуючі труднощі у підготовці прямої кишки до ендоскопічного обстеження спонукали нас до використання інших методів діагностики.

Метою застосування УСГ у хворих із глибокими формами ГП було встановлення глибини залягання гнійного осередку в глибоких шарах параректальної клітковини, як по вертикалі (ішіоректальний або пельвіоректальний ГП), так і по горизонталі (однобічний або підковоподібний ГП). Під час проведенні обстеження вважали за необхідне виявити наявність первинного гнійного ходу і визначити його локалізацію. Конвексний і лінійний датчики ультразвукового апарату використовували для огляду органів малого тазу зі сторони живота, лінійний ректальний датчик – для ендоректального дослідження стану параректальної клітковини.

Особливе значення метод мав у діагностиці тих форм глибокого ГП, при яких «місцеві» клінічні прояви були малоінформативними або ж відсутніми на ранніх етапах захворювання.

Дослідження проводили при наповненому сечовому міхурі. Спочатку в положенні хворого на спині через передню черевну стінку здійснювали сканування датчиком зони органів малого тазу в поперечній і повздовжній площинах. Для УСГ з боку промежини хворого повертали на лівий бік, в цьому ж положенні тіла проводили ендоректальне дослідження. Візуалізацію анатомічних структур, а також параректальних патологічних утворень проводили за секторами згідно загальноприйнятих позначень циферблату годинника. При виявленні патологічного вогнища визначали його локалізацію за відношенням до м'язевих структур тазового дна, а також стінки прямої кишки. Оцінювали ступінь втягнення стінки прямої кишки в запальний процес, а також ехо-структуру патологічного утворення, як запальний інфільтрат чи сформований абсцес.

Про наявність інфільтрату свідчило виявлене при УСГ в параректальній клітковині гіпоехогенне утворення різної форми з нечіткими контурами, навколо яких не відмічалось підвищення відображення ехо-сигналів,. Для параректального абсцесу характерним була наявність в параректальній клітковині різної величини і форми утворень, неоднорідних за структурою. На «фоні» зниженої ехогенності виявляли множинні ехо-позитивні включення з наявністю ефекту дистального підсилення ехо-сигналу, а також латеральної акустичної тіні з однієї або обох сторін.

Якщо патологічне вогнище (інфільтрат або абсцес) локалізувалося дистально від м'язу, який піднімає задній прохід, (m. levator ani), його діагностували як ішіоректальний ГП; якщо вище від м'язу – як пельвіоректальний ГП.

Діагностичну цінність УСГ у визначенні розташування гнійника та встановленні первинного гнійного ходу проаналізовано у 42 (37,5 %) хворих із глибокими формами ГП. Дослідження з використанням черезшкірного



конвексного датчика було проведено у 35 (83,3 %) хворих, ендоректального датчика – у 7 (16,7 %) хворих.

Проаналізована діагностична інформативність методу УСГ в залежності від способу застосування датчика. Так, при транскутанному дослідженні зі сторони черевної стінки конвексним датчиком з частотою 3,5 МГц визначити наявність гнійників в параректальній клітковині вдалося у 4 (9,5 %) з 42 хворих. Встановити наявність первинного гнійного ходу не вдалося ні в одному спостереженні.

При транскутанному дослідженні з боку промежини лінійним датчиком з частотою 5 МГц гнійно–запальні вогнища в параректальній клітковині були виявлені у 20 (47,6 %) хворих. У 10 (23,8 %) хворих виявлено обмежене потовщення стінки прямої кишки за рахунок її запального набряку. У 7 (16,7%) хворих діагностовано деформацію і звуження просвіту прямої кишки, спричинене зовнішнім стисненням її гнійником. Первинний гнійний хід між порожниною гнійника і ураженою криптою анального каналу виявлено у 6 (14,3 %) хворих.

При візуалізації гнійної порожнини транскутанний метод дослідження з боку промежини забезпечував можливість точного вимірювання відстані від шкіри до нижнього краю гнійника, а також дозволяв діагностувати наявність переднього або заднього запливу гною при підковоподібному ГП (рис. 3.1).

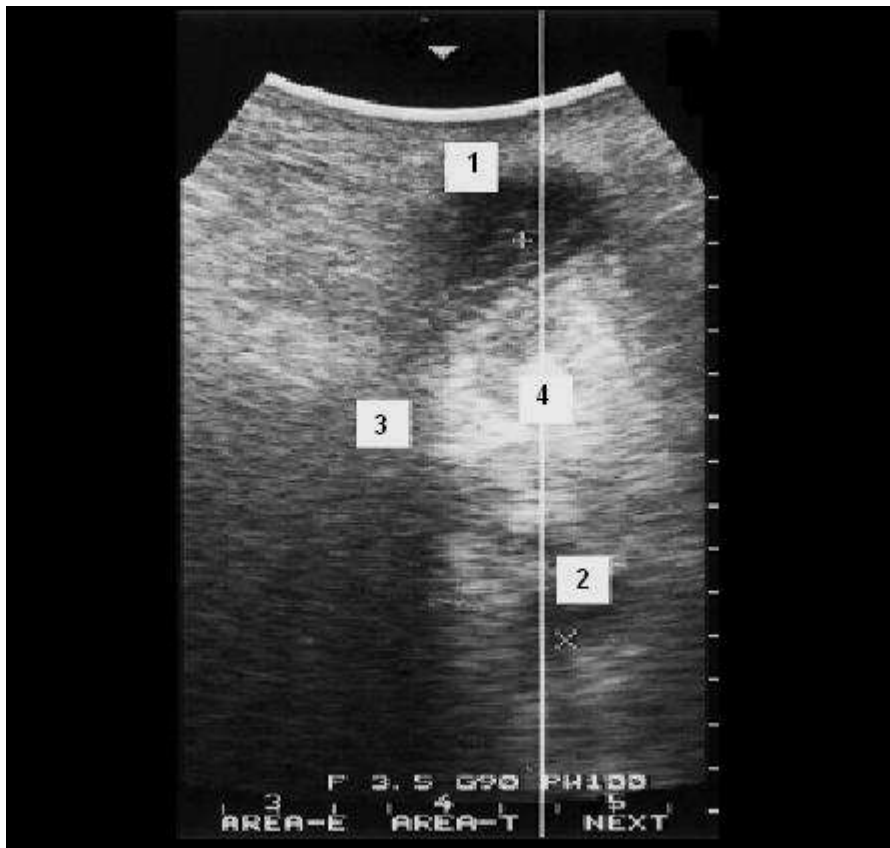


Рис. 3.1 Ультрасонограма. Транскутанне дослідження з боку промежини. Підковоподібний глибокий гострий ішіоректальний парaproктит. Хворий Ж., 48 років, карта стаціонарного хворого № 389708. (1 – порожнина гнійника в лівому ішіоректальному просторі; 2 – порожнина гнійника в правому ішіоректальному просторі; 3 – задній заплив гною; 4 – пряма кишка, вказано цифрами).

УСГ за допомогою ендоректального датчика з частотою 5,5 МГц використано у 7 (16,7 %) хворих із 42 досліджених. Застосування цього датчика дало можливість з більшою точністю встановити ступінь втягнення в патологічний процес стінки прямої кишки. У 6 (85,7 %) хворих було виявлено обмежене потовщення стінки прямої кишки на рівні прилягання параректального гнійника за рахунок її запального набряку. У 5 (71,4 %) хворих діагностовано деформацію і звуження просвіту прямої кишки спричинене зовнішнім стисненням її гнійником. Наявність гнійного осередку

при ендоректальному дослідженні встановлено у 6 (85,7 %) хворих. Первинний гнійний хід при ультразвуковому ендоректальному дослідженні виявлено у 3 (42,9 %) досліджуваних хворих (рис. 3.2).

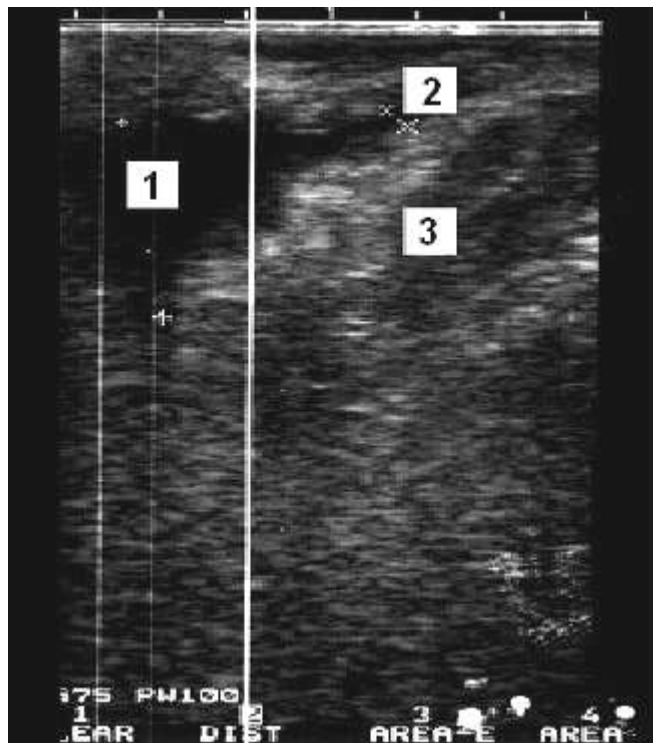


Рис. 3.2 Ультрасонограма. Ендоректальне дослідження. Глибокий гострий ретроректальний парапроктит. Первинний гнійний хід. Хворий Р., 45 років, карта стаціонарного хворого № 124307 (1 – порожнина гнійника; 2 – первинний гнійний хід, який з'єднує абсцес з просвітом прямої кишки; 3 – m. levator ani, вказано цифрами).

Результати УСГ параректальної клітковини і прямої кишки у 42 хворих були співставлені з заключним діагнозом, верифікованим під час операції. Так, ішіоректальний ГП під час операції встановлено у 19 (45,2 %) хворих, пельвіоректальний – у 6 (14,3 %), ретроректальний – у 8 (19,04 %), підковоподібний ГП – у 9 (21,4 %) хворих.

Отже, застосування УСГ, незалежно від характеристик датчика, дозволило встановити ішіоректальний ГП у 16 (84,2 %) із 19 хворих, гнійний

хід був ідентифікований у 4 (21,05 %) із цих хворих. Пельвіоректальний ГП був діагностований за допомогою УСГ у 3 (50 %) із 6 хворих, з них первинний гнійний хід виявлено в 2 (33,3 %) спостереженнях. Ретроректальний ГП підтверджено при УСГ у 5 (62,5 %) із 8 хворих, з них, первинний гнійний хід виявлений у 2 (25 %) хворих. Підковоподібний ГП виявлений при УСГ у 6 (66,7 %) із 9 хворих, первинний гнійний хід виявлено тільки у одного хворого (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Інформативність методу УСГ в діагностиці глибоких форм гострого парапроктиту

Локалізація параректального гнійника	Ультразвуковий критерій ГП	
	Наявність гнійного вогнища, (n=30)	Виявлення первинного гнійного ходу, (n=9)
Ішіоректальний (n=19)	16	4
Пельвіоректальний (n=6)	3	2
Ретроректальний (n=8)	5	2
Підковоподібний (n=9)	6	1
Діагностична інформативність УСГ, (%)	71,4	21,4

Таким чином, діагностична цінність УСГ у виявленні гнійного вогнища в параректальній клітковині склала  $71,4 \pm 6,97$  % (у 30 із 42 хворих), у виявленні первинного гнійного ходу  $21,4 \pm 6,33$  % (у 9 із 42 хворих). У 12 із 42 хворих, що складало  $28,57 \pm 6,97$  % діагноз ГП при УСГ не встановлено.

Показанням до УСГ параректальної клітковини були відсутність вираженої клінічної симптоматики глибоких форм ГП та неінформативність РРС. Метою проведення УСГ було встановлення локалізації не тільки параректального гнійника, а й первинного гнійного ходу та його відношення до сфінктера анального каналу. Додаткові дані отримані під час цього

дослідження включали обмежене потовщення стінки прямої кишки за рахунок її запального набряку та деформація стінки прямої кишки на рівні розташування абсцесу.

При транскутанному дослідженні зі сторони черевної стінки конвексним датчиком визначити наявність гнійників в параректальній клітковині вдалося у 4 (9,5 %) з 42 хворих. Встановити наявність первинного гнійного ходу не вдалось ні в одному спостереженні. Перевагою застосування транскутанного датчика з боку промежини була можливість точного вимірювання відстані від шкіри до нижнього краю гнійника. Гнійно–запальні осередки в параректальній клітковині за допомогою цього датчика були виявлені у 20 (47,6 %) хворих, первинний гнійний хід між порожниною гнійника і ураженою криптою анального каналу виявлено у 6 (14,3 %) хворих.

Найбільша ефективність виявлена при застосуванні ендоректального датчика. Так, наявність гнійного осередку при ендоректальному дослідженні встановлено у 6 (85,7 %) хворих, первинний гнійний хід виявлено у 3 (42,9 %) із 7 досліджуваних хворих.

Метод магнітно–резонансної томографії (МРТ) має більшу розрішуючу здатність до м'яких тканин і рідинних утворень і є більш інформативним у порівнянні з іншими візуалізаційними методами діагностики ГП, включаючи ендоректальну УСГ.

Особливо важливою є роль МРТ в детальній оцінці співвідношень внутрішнього і зовнішнього сфінктерів та оточуючих пряму кишку м'яких тканин до параректального гнійника і первинного гнійного ходу. В сучасних магнітно–резонансних томографах використовується обладнання, яке забезпечує багат шарову детальну візуалізацію місця захворювання. При цьому неінвазивність і безпечність методу МРТ, не дивлячись на порівняно високу його вартість, робить доцільним його застосування у складних для діагностики випадках.

Прицільне обстеження органів малого тазу і параректальної ділянки проводили на магнітно–резонансному томографі фірми «Siemens»

(Німеччина) при товщині зрізів 4–5 мм, потужністю магнітного поля 1,0 Тл у стандартних проекціях при T1–, PD+T2– зважених зображеннях (33) та в режимах STIR і FatSat. Фіксували зображення на сканограми в чорно–білому зображенні, а також на цифровому носії (CD чи DVD).

Дослідження проводили в положенні хворого на спині. Здійснювали сканування датчиком зони органів малого тазу в площинах Cor (фронтальна), Sag (сагітальна), Aks (горизонтальний). Візуалізацію анатомічних структур, а також параректальних патологічних утворень проводили секторально згідно загальноприйнятих позначень циферблату годинника. При виявленні патологічного вогнища визначали його локалізацію відносно м'язевих структур тазового дна та сфінктерного апарату анального каналу, а також стінки прямої кишки. Оцінювали ступінь втягнення стінки прямої кишки в запальний процес, а також магнітно–резонансні скани патологічного утворення, як запальний інфільтрат чи сформований абсцес.

Про наявність інфільтрату свідчило виявлене при МРТ в параректальній клітковині переважно гіпоінтенсивне T1–33 утворення різної форми з нечіткими контурами, навколо яких не відмічали підвищення відображення MR–сигналів. Параректальний абсцес характеризувався наявністю в параректальній клітковині різної величини і форми утворення, яке характеризувалося неоднорідністю структури. На фоні зниженої інтенсивності MR–сигналів виявляли множинні гіперінтенсивні на T2–33 включення з наявністю ефекту дистального підсилення сигналу, а також латеральної тіні з однієї або обох сторін.

Коли патологічне вогнище (інфільтрат або абсцес) локалізувалося дистально від м'язу, який піднімає задній прохід, (m. levator ani), його діагностували як ішіоректальний ГП; якщо вище від м'язу – як пельвіоректальний ГП, позаду прямої кишки – ретроректальний ГП.

Нами була вдосконалена методика проведення МРТ дослідження для діагностики глибоких форм ГП, яка передбачала контрастне підсилення прямої кишки. Для цього після очищення прямої кишки, в положенні хворого

на лівому боці, в анальний канал вводили ендоректальний зонд на глибину 5 см. За допомогою шприца Жане в пряму кишку вводили 800 мл 0,9 % –ного розчину натрію хлориду температурою 25–30<sup>0</sup> С. Для запобігання витікання розчину кінець зонда закривали пластиковим ковпачком [160]. Потім хворого переводили в положення на спині і проводили обстеження (патент України на корисну модель № 54202).

При проведенні МРТ–обстеження визначали локалізацію гнійного осередку, як по вертикалі (ішіоректальний або пельвіоректальний), так і по горизонталі (однобічний або підковоподібний). Крім того, застосування цього методу діагностики дозволяло встановити наявність первинного гнійного ходу і його локалізацію на ураженій крипті.

Діагностичну цінність МРТ у складних для діагностики випадках проаналізовано у 15 (13,4 %) із 112 хворих на глибокі форми ГП, яким попередньо проведене УСГ з використанням черезшкірного конвексного датчика, та ендоректального датчика – не дозволило виявити саме гнійне вогнище в параректальній клітковині і первинний гнійний хід.

Наводимо спостереження. Хворий Ч., 39 років, карта стаціонарного хворого № 7243610, госпіталізований в клініку 17.06.2010 р. через 6 діб з часу виникнення захворювання. Під час госпіталізації хворий скаржився на загальну слабкість, неприємні відчуття в ділянці промежини, підвищення температури тіла до 38<sup>0</sup>–39<sup>0</sup> С, лихоманку. Стан хворого середньої тяжкості, шкіра бліда з землистим відтінком. Пульс 110 за 1 хв, артеріальний тиск 17,3/10,6 кПа (130/80 мм рт. ст.), частота дихання 20–22 за 1 хв. Під час аускультатії тони серця ритмічні, дихання дещо ослаблене у нижніх відділах легень. Язик обкладений білим нашаруванням, підсихає. Живіт м'який, незначно болючий при пальпації над лоном. Перистальтика кишечника рівномірною, вислуховується у всіх відділах. При огляді з боку промежини патологічних змін не виявлено. При пальцевому дослідженні прямої кишки тонус сфінктера анального каналу збережений, відмічається помірний біль

задньої стінки прямої кишки, де на відстані 4–5 см від сфінктера нечітко визначається еластичної консистенції інфільтрат.

Хворіє впродовж 6 днів. Звертався за місцем проживання в поліклініку, де був оглянутий терапевтом, хірурга, консультований урологом, проте діагноз захворювання не був встановлений. На п'яту добу від початку захворювання оглянутий проктологом, який спрямував хворого в проктологічне відділення з діагнозом гострого парапроктиту. Аналіз крові: ер.  $3,9 \times 10^{12}$  в 1 л, гемоглобін 131 г/л, лейкоцити  $15,3 \times 10^9$  в 1 л, п.н. 0,07, с.н. 0,73, лімф. 0,10, мон. 0,12, ШОЕ 20 мм/год, загальний білірубін 10,2 мкмоль/л, загальний білок 63,3 г/л, сечовина 3,6 ммоль/л, креатинін 64 мкмоль/л, аспартатамінотрансфераза 0,45 ммоль/(л·год), аланінамінотрансфераза 0,5 ммоль/(л·год), глюкоза 7 ммоль/л.

УСГ 17.06.2010 р. органів малого тазу і промежини конвексним датчиком через шкіру промежини: при ультразвуковому дослідженні виявлено гіпоехогенне утворення 62 x 43 x 41 мм з чіткими контурами, розміщене в проекції задньої стінки прямої кишки. заключення: абсцедуюча кіста куприка?

МРТ 17.06.2010 р. з контрастним підсиленням прямої кишки: в ретроректальній жировій клітковині, нижче рівня передостаннього куприкового хребця, візуалізована порожнинне утворення з чіткими рівними контурами, рідким вмістом та міхурцями газу, розміри утвору 60x50x50 мм, на відстані 50 мм від шкіри промежини, сполучається центрально і дорзально на рівні нижнього краю із задньою стінкою анального каналу. Висновок: гострий ретроректальний парапроктит (рис 3.3).



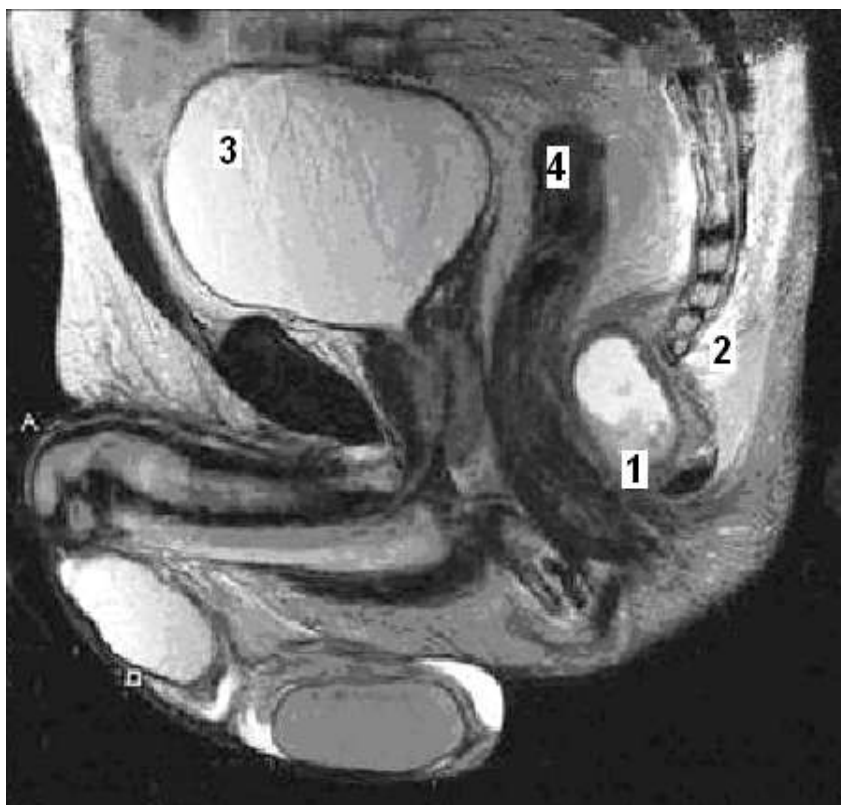


Рис. 3.3 Магнітно–резонансна томографія з контрастним підсиленням прямої кишки. Глибокий гострий ретроректальний парапроктит. Хворий Ч., 39 років, карта стаціонарного хворого № 7243610 (1 – порожнина гнійника; 2 – куприк; 3 – сечовий міхур; 4 – пряма кишка, вказано цифрами).

17.06.2010 р. хворому здійснені розкриття гнійника основним півмісяцевим розрізом та двома додатковими промежними розрізами, хірургічна обробка гнійного вогнища, дренажуванням ретроректального простору, висічення ураженої крипти, задня дозована сфінктеротомія. В задовільному стані виписаний для амбулаторного лікування 02.07.2010 р.

При наявності гнійної порожнини МРТ давала можливість точно виміряти відстань від шкіри промежини до нижньої межі гнійника. Метод також дозволяв виявити з'єднання між абсцесами подвійної локалізації, тобто, діагностувати наявність переднього або заднього запливу гною при підковоподібному ГП (рис. 3.4).

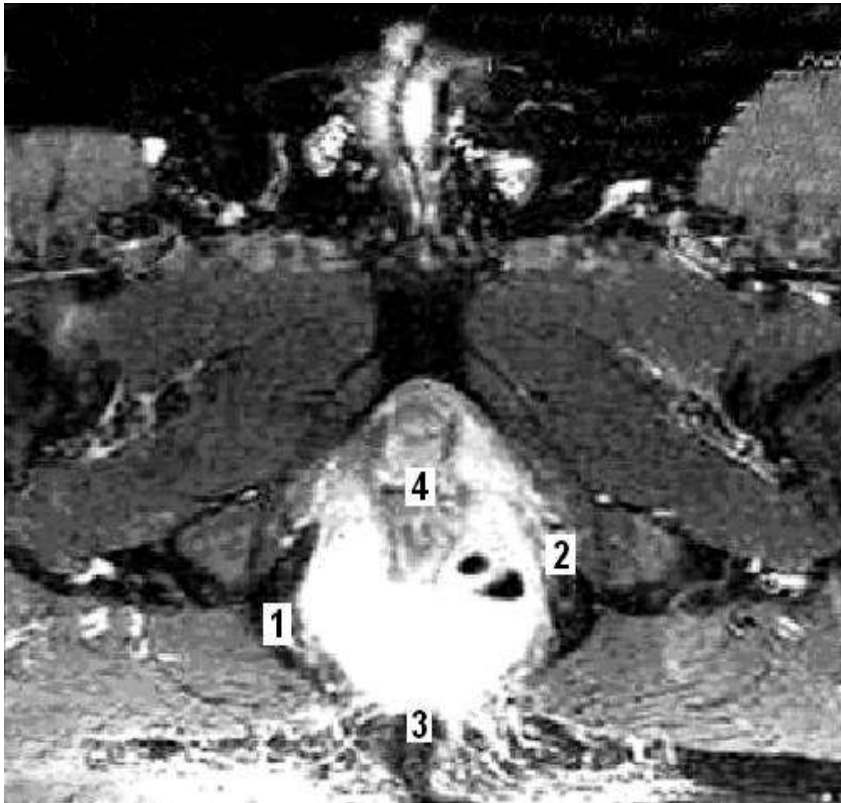


Рис. 3.4 Магнітно–резонансна томографія з контрастним підсиленням прямої кишки. Глибокий гострий підковоподібний пельвіоректальний парапроктит. Хворий С., 25 років, карта стаціонарного хворого № 4367110 (1 – порожнина гнійника в лівому пельвіоректальному просторі; 2 – порожнина гнійника в правому пельвіоректальному просторі; 3 – задній заплив гною; 4 – пряма кишка, вказано цифрами).

При цьому уточнювали локалізацію і глибину залягання гнійних порожнин в параректальній клітковині, які з'єднуються «підковою» (ішіоректальна, пельвіоректальна). Ці дані враховували при виборі операційного доступу і характеру оперативного втручання.

Слід зазначити, що у 3 хворих застосування МРТ без контрастування прямої кишки дало можливість виявити гострий параметрит, гнійний бартолініт, специфічний парапроктит на фоні раку прямої кишки. Ці хворі в

дослідження не були включені, проте це підтверджує доцільність застосування методу для диференційної діагностики захворювання. Застосування МРТ дозволило правильно і своєчасно встановити діагноз і вибрати правильну лікувальну тактику, так як остання значно відрізняється від тактики лікування хворих із глибокими форми ГП. Під час проведення МРТ у 12 хворих ішіоректальний ГП діагностований у 5 хворих (рис. 3.5.).

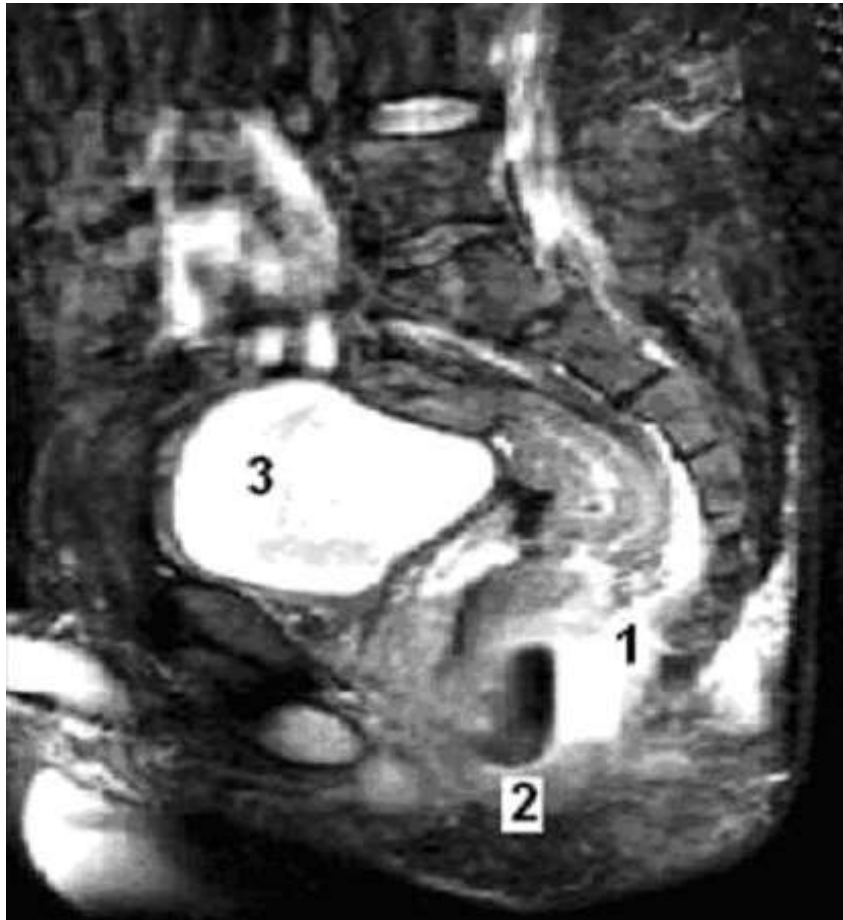


Рис. 3.5 Магнітно–резонансна томографія з контрастним підсиленням прямої кишки. Глибокий гострий ішіоректальний парапроктит. Хворий К., 51 рік, карта стаціонарного хворого № 284710 (1 – порожнина гнійника; 2 – первинний гнійний хід; 3 – сечовий міхур, вказано цифрами).

Були проаналізовані результати МРТ параректальної клітковини і прямої кишки у 12 хворих з врахуванням заключного діагнозу, верифікованого під час операції. Ішіоректальний ГП інтраопераційно встановлено у 5 хворих, пельвіоректальний – у 3 і ретроректальний – у 2 хворих; у 2 хворих діагностовано підковоподібний ГП з локалізацією в ішіоректальному клітковинному просторі.

Отже, застосування МРТ дозволило встановити ішіоректальний ГП у 5 (100 %) із 5 хворих, гнійний хід був ідентифікований також у всіх 5 (100 %) хворих. Пельвіоректальний ГП був діагностований у 3 (100 %) із 3 хворих, з них первинний гнійний хід виявлено ц 2 (66,7 %) хворих. Ретроректальний ГП підтверджено при МРТ у одного із 2 обстежених хворих, з них, первинний гнійний хід виявлений у одного хворого. Підковоподібний ГП виявлений при МРТ у всіх хворих, первинний гнійний хід виявлено також у всіх обстежених хворих. При цьому, у одного хворого при підковоподібному ГП уточнено ішіоректальну локалізацію гнійника.

Отже, діагностична інформативність МРТ у виявленні гнійного вогнища у хворих із глибокими формами ГП склала  $91,67 \pm 7,98$  % (у 11 із 12 хворих), у виявленні первинного гнійного ходу  $83,3 \pm 10,76$  % (у 10 із 12 хворих), що суттєво покращило доопераційну діагностику.

Представлені матеріали дозволяють стверджувати, що застосування таких інструментальних методів дослідження, як РРС, УСГ і МРТ в комплексній діагностиці ГП забезпечують якість діагностики глибоких форм ГП із встановленням його клініко–морфологічної форми (локалізація гнійника, розміщення первинного гнійного ходу) з наступним вибором адекватного оперативного втручання.

На основі проведених досліджень доцільним вважаємо застосування ступеневого алгоритму діагностики у хворих із глибокими формами ГП (рис. 3.6).

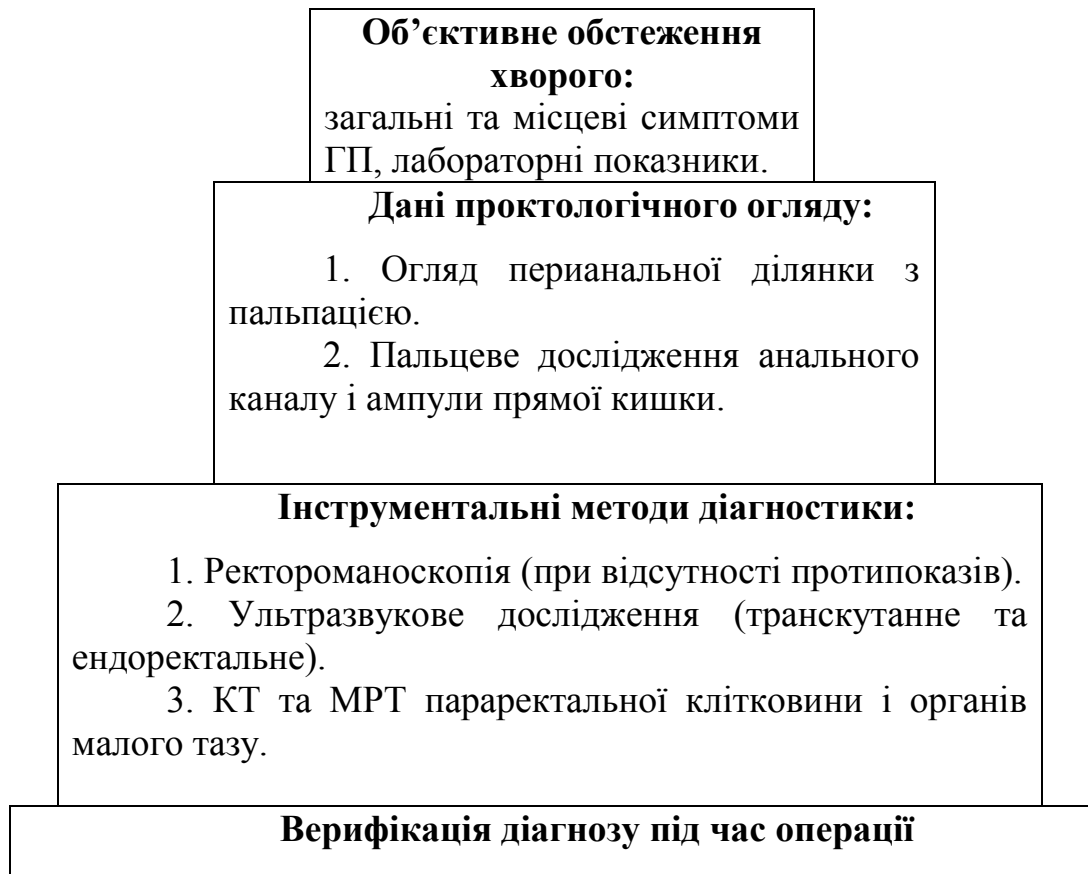


Рис. 3.6 Ступеневий алгоритм діагностики у хворих із глибокими формами ГП.

Таким чином, як показали наші дослідження, збільшення кількості лейкоцитів в периферичній крові понад  $9 \times 10^9$  г/л мало місце у 104 (92,8 %) із 112 хворих, прискорену ШОЕ відзначено у 78 (69,6 %) хворих. Згідно даних клініко–лабораторних досліджень у 28 хворих на момент госпіталізації були виражені прояви органної дисфункції хоча б однієї системи (дихальної, серцево–судинної, ниркової, печінкової чи центральної нервової. За системою SAPS у 15 (57,1 %) хворих з глибокими формами ГП основної групи прогнозували тяжкий перебіг захворювання з імовірною летальністю 44,2 % і вище.

При оцінці результатів клінічних ознак захворювання, які притаманні окремим формам глибокого ГП, встановлено, що больовий синдром, який локалізувався в нижніх відділах живота з більшою частотою характерний для

пельвіоректальної форми ГП. На підвищення температури тіла скаржилися 89 (79,5 %) із 112 хворих. Порушення акту дефекації і дизуричні явища відзначали у кожного третього хворого з ішіоректальним ГП і у кожного четвертого з пельвіоректальним і ретроректальним ГП. Вираженість кожного з цих симптомів мала значну варіабельність, коливалася в достатньо широких межах і суттєво залежала від форми ГП.

З метою покращення топічної діагностики нами були застосовані інструментальні методи (PPC, УСГ, МРТ). Так, за допомогою PPC було виявлено випинання стінки прямої кишки на рівні гнійника у 19 (55,9 %) із 34 обстежених хворих.

При УСГ параректальної клітковини виявити локалізацію гнійного осередку в параректальній клітковині вдалося у  $71,4 \pm 6,97$  % хворих, у виявленні первинного гнійного ходу  $21,4 \pm 6,33$  % хворих.

Діагностична інформативність МРТ у виявленні гнійного осередку у хворих із глибокими формами ГП склала  $91,67 \pm 7,98$  %, в виявленні первинного гнійного ходу  $83,3 \pm 10,76$  %, що суттєво покращило доопераційну діагностику глибоких форм ГП. Отже, діагностика глибоких форм ГП, клінічна симптоматика яких часто малоінформативна, може бути суттєво покращена завдяки використанню інструментальних методів дослідження.

На основі проведеного дослідження нами був розроблений ступеневий алгоритм діагностики у хворих із глибокими формами ГП, який передбачає послідовне використання даних об'єктивного обстеження хворих з ретельним аналізом скарг, загальних та місцевих ознак захворювання, а також аналізу лабораторних показників. Наступним етапом у діагностичному процесі повинні бути проаналізовані дані проктологічного огляду хворого, зокрема, результати огляду промежини і ректального пальцевого дослідження. За відсутності верифікації точного розміщення гнійника і первинного гнійного ходу необхідне застосування ректороманоскопії та УСГ. В складних для діагностики випадках слід застосовувати МРТ з контрастним підсиленням

прямої кишки, що дозволяє уточнити локалізацію гнійника в параректальній клітковині, встановити наявність первинного гнійного ходу і «вторинних» гнійних заплівів, що має велике значення для вибору методу оперативного втручання.

Нехтування окремими етапами даної схеми може призвести до діагностичних помилок, несвоєчасного виявлення глибоких форм захворювання, залишення гнійних заплівів, що може зумовити прогресування гнійно–запального процесу з розвитком гнійно–септичних ускладнень і рецидиву захворювання.

Результати наших досліджень, які відображені в цьому розділі, висвітлені у наступних наукових роботах [78, 160, 161, 162].

## РОЗДІЛ 4

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГЛИБОКИМИ ФОРМАМИ  
ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ****4.1. Результати хірургічного лікування хворих з глибокими  
формами гострого парапроктиту**

Поняття «радикальна операція» при глибоких формах ГП ґрунтується на «проктологічних» критеріях, дещо відмінних від принципів оперативних втручань у загальній хірургії. Цьому принципу радикальної хірургічної обробки гнійної рани відповідають втручання, які виконують при поверхневих формах ГП (операція Габріеля).

При глибоких формах ГП про візуальний контроль повноти видалення некротичних тканин можна говорити лише при ішіоректальній локалізації гнійника. Операції з приводу пельвіоректального гнійника не можна розцінювати, як радикальні, тому, що забезпечити повноцінне видалення некротичних тканин технічно є неможливим. Оперативні втручання при глибоких формах ГП можуть відповідати принципам «проктологічного радикалізму», якщо окрім розкриття гнійника вдається виявити первинний гнійний хід з внутрішнім отвором на ураженій крипті анального каналу і провести оперативне втручання спрямоване на їх ліквідацію. Представлені твердження обґрунтовують доцільність диференційованого підходу до тактики хірургічного лікування хворих на різні глибокі форми ГП.

У 28 (25 %) із 112 хворих на час госпіталізації були виражені прояви органної дисфункції хоча б однієї із системи (дихальної, серцево-судинної, ниркової, печінкової чи центральної нервової). Серед цих хворих у 25 виявлені гнійні запливи різної локалізації (калитка, стегно, поперекова ділянка). У 19 хворих вони були діагностовані ще до операції, у 5–



інтраопераційно, і у одного хворого – при повторному оперативному втручанні, проведеному через 3 доби після першої операції.

У 18 хворих гнійні запливи були діагностовані при обширних ішіо– і «низьких» ретроректальних формах ГП із транссфінктерним розміщенням первинного гнійного ходу, який захоплював глибоку порцію анального жому. У 17 хворих вони були діагностовані при пельвіоректальній, ретроректальній та підковоподібній локалізації основного гнійника з транссфінктерним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язової маси або при екстрасфінктерному первинному гнійному ході. У 15 (53,4 %) із 28 хворих із глибокими формами ГП прогнозували тяжкий перебіг захворювання з імовірною летальністю 44,2 % і вище, за шкалою SAPS. Тяжкість стану хворих із глибокими формами ГП визначала необхідність проведення їм короткочасної (на протязі 2–4 годин) передопераційної підготовки, об'єм і характер якої визначали у кожному конкретному випадку.

Невідкладне оперативне втручання в перші 6 год від часу госпіталізації виконано у 87 (77,7 %) із 112 хворих. При самовільному розкритті гнійника назовні через шкіру промежини у 11 (9,8 %) хворих провести оперативне втручання вважали за можливе впродовж перших 24 год після госпіталізації.

У всіх 112 хворих з глибокими формами ГП операцію виконували під загальною анестезією в типовому положенні хворого.

Ішіоректальну форму ГП встановлено у 60 (53,6 %) із 112 хворих. У 43 (71,7 %) з них ішіоректальна форма ГП була локалізована у вигляді обмеженого гнійника. У 18 (28,3 %) хворих була прогресуюча форма, коли поряд з основним гнійником виявляли наявність гнійних заплівів. У хворих на ішіоректальну форму ГП проводили два види оперативних втручань. У 39 (65%) із 60 хворих виконані первинно–радикальні оперативні втручання, у 21 (35 %) хворих застосовані нерадикальні оперативні втручання. Вибір методу оперативного втручання (радикальне чи нерадикальне) визначався можливостями візуалізації ураженої крипти анального каналу.

У 29 (48,3 %) з 60 хворих виконали одномоментну радикальну операцію за методом Габріеля, у 5 (8,3 %) проведені оперативні втручання за методом Рижиха–Бобрової та у 5 (8,3 %) виконано розкриття гнійника і проведення шовкової лігатури.

При неможливості візуалізації ураженої анальної крипти у 21 (35 %) із 60 хворих застосували нерадикальні оперативні втручання у вигляді розкриття, санації та дренажу гнійника, а через 30 діб їм виконували другий етап операції для ліквідації сформованої параректальної норичі.

Важливим етапом оперативного втручання було виявлення внутрішнього отвору первинного гнійного ходу, який локалізувався частіше в задній або бокових криптах. Ураження передньої крипти відмічали в поодиноких випадках. Виявлення ураженої крипти і визначення напряму гнійного ходу полегшувалося при фарбуванні порожнини гнійника метиленовим синім до проведення основного етапу оперативного втручання.

Після виявлення ураженої крипти, за гнійним ходом з боку анального каналу або зі сторони рани, проводили гудзиковий зонд і визначали відношення первинного гнійного ходу до анального жому. Встановлено, що в хворих ішіоректальною формою ГП, в яких було визначено внутрішній отвір, гнійний хід мав інтрасфінктерне розміщення у 23 (58,97 %) із 39 хворих та у 16 (41,03 %) із 39 хворих – трансфінктерне розміщення.

У хворих з трансфінктерним “проходженням” первинного гнійного ходу проводили оцінку величини м’язової маси анального сфінктера, розміщеного між гнійним ходом і межею сфінктера. Якщо гнійний хід проходив через незначну частину анального сфінктера, в межах 1 см, виконували розсічення первинного гнійного ходу в просвіт прямої кишки з висіченням ураженої крипти і гнійно–некротичних тканин (операція Габріеля). Якщо гнійний хід проходив через основну товщу м’язової маси анального сфінктера, що спостерігали у 5 хворих основної групи, виконували ізольоване висічення ураженої анальної крипти і задню дозовану сфінктеротомію (операція

Рижиха–Бобрової). У 7 хворих групи порівняння при проходженні первинного гнійного ходу через основну товщу м'язової маси анального сфінктера виконували розкриття гнійника та проводили шовкову лігатуру.

Характер проведених оперативних втручань у хворих із ішіоректальним ГП представлено в табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Методи оперативного втручання у хворих на ішіоректальний ГП в залежності від проходження первинного гнійного ходу за відношенням до анального жому

Розміщення первинного гнійного ходу за відношенням до анального жому	Характер втручання	
	Радикальне (n = 39)	Нерадикальне (n = 21)
Інтрасфінктерне	23	–
Транссфінктерне з «захопленням» малої порції жому	4	–
Транссфінктерне з «захопленням» основної порції жому	12	–
Не встановлено, через неможливість знайти внутрішній отвір гнійника	–	21

У випадках неінформативності методів діагностики, за допомогою УСГ та МРТ локалізацію гнійного вогнища в ішіоректальному клітковинному просторі було визначено у 21 (70 %) із 30 хворих основної групи ішіоректальною формою ГП, що дозволило вибрати найбільш оптимальний хірургічний доступ. Внутрішній отвір у основній групі було визначено у 20 (66,7 %) з 30 хворих, обстежених за допомогою цих інструментальних методів

та пункційною пробою з барвником, що дало можливість провести первинно–радикальні методи операції.

У 30 хворих із основної групи із ішіоректальним ГП первинна радикальна операція типу розкриття гнійника та розсічення первинного гнійного ходу на уражену крипту виконана у 12 (40 %) хворих, розкриття гнійника та ізольована криптектомія з дозованою задньою сфінктеротомією проведено у 8 (26,7 %), 10 (33,3 %) хворим виконане нерадикальне оперативне втручання: розкриття, санація та дренажування гнійника. Отже, застосування інструментальних методів діагностики дозволили виконати первинно–радикальне оперативне втручання у 20 (66,7 %) хворих основної групи.

У 30 хворих з групи порівняння первинна радикальна операція розкриття гнійника та розсічення гнійного ходу на уражену крипту виконана у 9 (30 %), хворих, розкриття гнійника та проведення шовкової лігатури – у 7 (23,3 %) хворих. Нерадикальне оперативне втручання – розкриття гнійника та його дренажування проведене у 14 (46,7 %) хворих.

Лігатурний метод радикальної операції був використаний тільки у 7 (23,3 %) із 30 хворих групи порівняння з ішіоректальною формою ГП. Перед проведенням лігатури внутрішній отвір гнійного ходу висікали еліпсоподібним розрізом, разом з гнійно–некротичними тканинами до м'язового шару кишки і вишкрібали їх глибше ложечкою. Слизову оболонку кишки у вигляді вузької стрічки (до 0,5–1,0 см) висікали від внутрішнього отвору до медіального кута промежинної рани. Через первинний гнійний хід з сторони промежинної рани проводили товсту шовкову лігатуру, яку тонічно затягували. У випадках, коли стінка прямої кишки в зоні внутрішнього отвору крипти була уражена вираженим гнійним процесом, лігатуру затягували пізніше, на 4–5 день після операції.

Ми не проводили ліквідацію внутрішнього отвору ураженої крипти та транссфінктерного гнійного ходу у хворих основної групи методом проведення шовкової лігатури при розкритті гнійника, мотивуючи це тим, що дана операція приводить до збільшення площі з'єднання просвіту прямої

кишки і гнійної порожнини. Це в свою чергу тільки посилює ризик рецидиву захворювання, сприяє формуванню складної параректальної нориці через наявність широкого гнійного ходу і джерел «дрімаючої» інфекції в параректальній клітковині. Крім того, лігатурний метод часто приводить до розвитку грубих рубців, як на слизовій оболонці анального каналу, так і в інтрамуральній частині сфінктера, де проходив гнійний хід, і, як наслідок, – до розвитку недостатності анального жому.

Радикальне оперативне втручання у хворих основної групи з ішіоректальним ГП проводили наступним чином. Півмісяцевим розрізом в проекції гнійника з врахуванням даних доопераційних УСГ та МРТ на відстані 3–5 см від краю анального отвору, під контролем пальця, введеного в пряму кишку, проводили широке розкриття порожнини абсцесу, формуючи промежину рану, переважаючи за довжиною розміри гнійника. Після пальцевого роз'єднання всіх підшкірно–жирових і фасціальних перетинок, розкриття натічників і «кишень» виконували часткову некректомію під візуальним контролем з поетапним гемостазом. В процесі видалення некротичних тканин формувалася добре дренована порожнина. В тих випадках, коли розміщений транссфінктерно гнійний хід «захоплював» основну масу анального сфінктера, тобто коли між гнійним ходом і просвітом кишки була розміщена практично вся товща м'язів анального сфінктера виконували розкриття гнійника та ізольовану криптектомію з дозованою задньою сфінктеротомією. При інтрасфінктерному розміщенні первинного гнійного ходу у 12 (40 %) хворих основної групи проводили розсічення первинного гнійного ходу на уражену крипту.

При проведенні криптектомії у 8 (26,7 %) основної групи обмежувалися тільки висіченням ураженої крипти в межах слизової і підслизового шару, не пошкоджуючи м'язової тканини, особливо внутрішнього сфінктера. Проведення дозованої задньої сфінктеротомії виключало тонічне напруження м'язневих волокон сфінктера, що забезпечувало «спокій в рані» та створювало

умови для загоєння розсіченого внутрішнього отвору міцною рубцевою тканиною.

Оперативне втручання у 8 (26,7 %) із 30 хворих основної групи на ішіоректальний ГП з прогресуючим перебігом гнійного процесу провели із застосуванням додаткових промежинних розрізів за запропонованою нами методикою (патент України на корисну модель № 41249).

Після розкриття гнійника основним дугоподібним розрізом проводили два додаткові розрізи шкіри та підшкірної жирової клітковини на промежині в радіальному напрямі на межі запального набряку перианальної ділянки і незміненої шкіри, довжиною 4–7 см. Виконували часткову (в межах можливого візуального контролю) хірургічну обробку параректального гнійного вогнища з поетапним пальцевим контролем напрямленості гнійного натічника, після чого максимально висікали некротично змінені тканини. Критерієм ефективності некректомії була кровоточивість тканин. Промежинну рану санували 3 % розчином перекисю водню і пухко виповнювали тампоном з маззю «Ацербін», в рану анального каналу вводили марлеву смужку з маззю «Офлокаїн».

Ранні післяопераційні ускладнення у хворих, які оперовані з приводу ішіоректальних форм ГП, виникають порівняно рідко. Нами вони відмічені у одного хворого групи порівняння, у якого розвинувся новий параректальний гнійник, що потребувало повторної хірургічної обробки і застосування антибіотикотерапії. В основній групі хворих ранніх післяопераційних ускладнень не було.

У хворих прооперованих не радикально другий етап хірургічного лікування вже з приводу сформованої параректальної нориці було виконано через  $30 \pm 0,7$  діб після першої операції. Строки виконання другого етапу операції залишаються предметом дискусії і на сьогоднішній день.

У хворих після проведених радикальних втручань з приводу ішіоректального ГП терміни перебування в стаціонарі становили в середньому

13,28 ± 0,31 доба. Після проведених не радикальних втручань з приводу ішіоректального ГП – 13,28 ± 0,31 доба, (p < 0,001).

При лігатурному методі лікування у хворих групи порівняння терміни стаціонарного лікування склали 30,7 ± 0,94 доби, що достовірно вище, ніж при радикальному хірургічному лікуванні ішіоректальних форм ГП за методом Рижиха–Бобрової в основній групі хворих, де ці терміни склали 25,7 ± 0,51 доби, (p < 0,01).

Пельвіоректальна форма ГП діагностована у 11 (9,8 %) із 112 хворих. У цих хворих переважали загальні симптоми, зумовлені ССЗВ. У 6 (54,5 %) хворих був встановлений прогресуючий тип перебігу ГП: у 3 хворих виявлені гнійні запливи на калитку, у 2-х – на стегно, у одного хворого – на передню черевну стінку.

У 6 (54,5 %) із 11 хворих виконані первинно–радикальні оперативні втручання, у 5 (45,5 %) застосовані не радикальні оперативні втручання.

Оперативне втручання у 6 хворих основної групи виконували з врахуванням даних доопераційних УСГ та МРТ параректальної клітковини, що дозволило вибрати найбільш оптимальний хірургічний доступ та виконати первинно–радикальне оперативне втручання із застосуванням додаткових промежинних розрізів за запропонованою нами методикою. У 4 хворих основної групи, в яких до операції за допомогою УСГ та МРТ було встановлено первинний гнійний хід та внутрішній отвір на слизовій оболонці прямої кишки, виконали ізольоване висічення ураженої крипти та дозовану задню сфінктеротомію. У двох хворих, в яких не вдалося виявити уражену анальну крипту та первинний гнійний хід, виконано розкриття, санація та дренивання гнійника.

У 5 хворих групи порівняння первинно–радикальна операція проведена методом розкриття гнійника та проведення шовкової лігатури (2 хворих), не радикальна операція – шляхом розкриття, санації та дренивання гнійника (3 хворих).

З 11 хворих на пельвіоректальний ГП у 5 первинний гнійний хід розміщувався екстрасфінктерно, у 2 – трансфінктерно, «охоплюючи» основну порцію анального жому. У 4 хворих внутрішній отвір первинного гнійного ходу виявити не вдалося. При аналізі відношення первинного гнійного ходу до м'язової маси анального сфінктера було встановлено, що частіше мала місце екстрасфінктерна його локалізація, а внутрішній отвір гнійного ходу розміщувався в задній крипті.

Радикальне оперативне втручання у хворих основної групи проводили наступним чином. Виконували дугоподібний розріз на стороні ураження, відступивши від анального отвору латерально на 3–4 см, що забезпечувало збереження цілості анального сфінктера. Після розсічення шкіри, підшкірної та ішіоректальної клітковини під контролем пальця, введеного в пряму кишку для профілактики перфорації кишкової стінки, зі сторони промежинної рани тупим шляхом проходили через діафрагму тазу. При можливості, м'язевий пласт (*m. levator ani*) розсікали гостро в повздовжньому напрямку. Поперечний розріз є небезпечний із-за можливого пошкодження судинних стовбурів – *a. та v. obturatoria*, *aa. та vv. gluteae superior і inferior*, *a. і v. pudenda interna*. Після розкриття гнійника (отримання гною) широко розкривли його порожнину, тупим шляхом руйнували тканинні перетинки, розкривали запливи і «кишені». Важливим є факт неможливості за об'єктивними причинами виконати радикальну хірургічну обробку гнійного осередку. В гнійній порожнині завжди залишаються некротичні тканини, які потребують подальшого місцевого лікування гнійника. Обов'язковим є пошук внутрішнього отвору первинного гнійного ходу, якщо до операції (за допомогою УСГ та МРТ) не була виявлена його локалізація і напрям та не встановлена уражена крипта. Не дивлячись на те, що порожнина гнійника знаходиться під тазовою очеревиною внутрішній отвір первинного гнійного ходу завжди розташований значно нижче, на рівні гребінцевої лінії.

При трансфінктерному розміщенні первинного гнійного ходу виконували розкриття гнійника та ізолювану криптектомію з дозованою



задньою сфінктеротомією чи лігатурний метод. При проведенні криптектомії висікали уражену крипту в межах слизової оболонки і підслизового шару кишки.

Ранні післяопераційні ускладнення виникли у 2 хворих із групи порівняння, зокрема, не був ліквідований гнійний заплив на протилежній стороні. Ці ускладнення були усунуті при повторних оперативних втручаннях. Всі хворі залишилися живими.

Після проведених радикальних втручань з приводу пельвіоректального ГП терміни перебування хворих в стаціонарі становили в середньому  $33,5 \pm 0,62$  доби. Після проведених нерадикальних втручань з приводу пельвіоректального ГП вони склали  $31 \pm 0,71$  доби, ( $p > 0,05$ ).

При лігатурному методі у хворих на пельвіоректальний ГП із групи порівняння терміни стаціонарного лікування склали  $36,5 \pm 0,5$  доби. При радикальному хірургічному лікуванні за методом Рижиха–Бобрової в основній групі хворих –  $31,5 \pm 0,65$  доби, ( $p < 0,001$ ).

Отже, завдяки застосуванню інструментальних методів діагностики у хворих основної групи первинно–радикальні оперативні втручання виконані у 4 (66,7 %) хворих, а у хворих групи порівняння, без застосування інструментальної діагностики, у 2 (40 %) хворих.

Ретроректальна форма захворювання нами діагностована у 16 (14,3 %) хворих, підковоподібний ГП – у 15 (13,4 %) із 112 хворих. З 31 хворого із ретроректальним і підковоподібним ГП гнійні натічки діагностовані у 11 (35,5 %) хворих.

Первинно–радикальні оперативні втручання виконали у 18 (58,1 %) із 31 хворого. Нерадикальні оперативні втручання здійснені у 13 (41,9 %) хворих.

У 16 хворих основної групи для підвищення якості діагностики до проведення оперативного втручання було застосовано УСГ і МРТ. При цьому локалізацію гнійника в параректальних клітковинних просторах виявлено у 14 (87,5 %) хворих. Первинний гнійний хід та внутрішній отвір ураженої

анальної крипти діагностовано у 6 (37,5 %) хворих. У 9 хворих основної групи, у яких встановлено екстрасфінктерне розташування первинного гнійного ходу та візуалізований внутрішній отвір на ураженій анальній крипті, виконали ізольоване висічення ураженої крипти та дозовану задню сфінктеротомію. У 4 хворих з транссфінктерним розташуванням первинного гнійного ходу, який захоплював менше половини анального сфінктера, виконали розкриття гнійника в просвіт прямої кишки. У трьох хворих, в яких не вдалося виявити уражену анальну крипту та первинний гнійний хід, виконали розкриття, санацію та дренажування гнійника.

Серед 15 хворих групи порівняння первинно–радикальні операції виконали у 5 хворих шляхом розкриття гнійника та проведення шовкової лігатури (3 хворих), розсічення гнійника в просвіт прямої кишки (2 хворих). У решти 10 хворих виконано розкриття та дренажування гнійника і запрограмовано проведення другого етапу хірургічного видалення сформованої параректальної нориці.

Виконання оперативного втручання у хворих із ретроректальним і підковоподібним ГП мало деякі особливості. Враховуючи, що при ретроректальному ГП часто має місце двохстороннє ураження параректальної клітковини, а також доопераційні дані УСГ та МРТ ми використали півмісяцевий розріз по серединній лінії з пересіченням (або без) задньопрохідно–куприкової зв'язки. Цим забезпечували більш широкий огляд операційної рани і можливість для кращого дренажування ретроректального простору. У 3 хворих основної групи з ретроректальним гнійником та прогресуючим перебігом гнійного процесу, після виконання основного дугоподібного розрізу застосували два додаткових радіальних розрізи промежини по обох сторонах від серединної лінії.

При підковоподібній формі ГП гнійні порожнини можуть поширюватися не тільки в клітковинних просторах тазу, але і розповсюджуватися за типом панрєктального ГП. Двохстороннє розміщення гнійників зумовлено відсутністю анатомічних перешкод в пельвіоректальному

просторі для поширення гною. З врахуванням отриманих до операції даних УСГ та МРТ про локалізацію гнійника і дуги підкови оперативне втручання проводили із застосуванням додаткових розрізів за запропонованою нами методикою.

Завершальним етапом операції у 15 хворих групи порівняння, з них 8 – з ретроректальним і 7 – з підковоподібним ГП, було забезпечення умов для аспіраційного проточно–промивного дренування гнійної порожнини шляхом розміщення в ній перфорованої латексної трубки. У 16 хворих основної групи (8 – з ректроректальним і 8 – з підковоподібним ГП) операцію завершували санацією промежинної рани 3 %-ним розчином перекисю водню і пухким виповненням рани тампоном з маззю «Ацербін», а в рану анального каналу вводили марлеву смужку з маззю «Офлокаїн».

Наводимо спостереження. Хворий Х., 46 років, медична карта стаціонарного хворого № 590208, госпіталізований в клініку 24.03.2008 р. через 7 діб з часу виникнення захворювання. Під час поступлення хворий скаржився на загальну слабкість, болеві відчуття в ділянці промежини, підвищення температури тіла до 39<sup>0</sup> С, лихоманку. Стан хворого тяжкий. Шкірні покриви бліді. Пульс 120 за 1 хв, артеріальний тиск 17,3/10,6 кПа (130/80 мм рт. ст.), частота дихання 22–24 за 1 хв. Температура тіла 38,6<sup>0</sup> С. Під час аускультатії тони серця ритмічні, дихання дещо ослаблене у нижніх відділах легень. Язик обкладений білим нашаруванням, підсихає. Живіт м'який, незначно болючий при пальпації над лоном. Перистальтика кишечника рівномірна, вислуховується у всіх відділах. При огляді промежини патологічних змін не виявлено. При пальцевому дослідженні прямої кишки тонус сфінктера анального каналу збережений, відмічається помірний біль задньої стінки прямої кишки, де на відстані 5–6 см від сфінктера нечітко визначається еластичної консистенції інфільтрат.

Хворіє впродовж 7 днів. Звертався за місцем проживання в поліклініку, де був оглянутий терапевтом, хірургом, консультований урологом, проте діагноз захворювання не був встановлений. На 6 добу від початку

захворювання був оглянутий проктологом, який спрямував хворого в проктологічне відділення з діагнозом гострого парапроктиту.

Аналіз крові: ер.  $3,7 \times 10^{12}$  в 1 л, гемоглобін 127 г/л, лейкоцити  $17,4 \times 10^9$  в 1 л, п.н. 0,07, с.н. 0,73, лімф. 0,10, мон. 0,12, еоз. – 2, ШОЕ 20 мм/год, загальний білірубін 10,2 мкмоль/л, загальний білок 63,3 г/л, сечовина 3,6 ммоль/л, креатинін 64 мкмоль/л, аспартатамінотрансфераза 0,45 ммоль/(л·год), аланінамінотрансфераза 0,5 ммоль/(л·год), глюкоза 7 ммоль/л. Аналіз сечі: кількість – 50,0, колір – світло-жовтий, мутність – помірна, реакція – слабокисла, цукор не виявлено, слизь – багато, густа, лейкоцити – 2–3 екз. в полі зору, еритроцити – 1–2 екз. в полі зору, епітелій – поодинокий.

УСГ 24.03.2008 р. органів малого тазу і промежини конвексним датчиком через шкіру промежини, при якому виявлено гіпоехогенне утворення 51 x 42 x 40 мм з чіткими контурами, розміщене по обидва боки від прямої кишки. Заключення: параректальний абсцес ?

При МРТ 24.03.2008 р з контрастним підсиленням прямої кишки встановлено, що в ретроректальній жировій клітковині, нижче рівня передостаннього куприкового хребця візуалізовано підковоподібну порожнину з чіткими, рівними контурами, рідким вмістом та міхурцями газу в лівому розі «підкови», розміри утвору 56 x 53 x 51 мм. Утворення розташоване на відстані 53 мм від шкіри промежини, сполучається центрально і дорзально на рівні нижнього краю з задньою стінкою анального каналу. Перешийок двох гнійників розміщений по задній поверхні прямої кишки, просвіт його діаметром 1,85 мм. Висновок: Гострий підковоподібний ішіоректальний парапроктит.

24.03.2008 р. хворому проведено розкриття гнійників двома дугоподібними розрізами з додатковими радіальними розрізами на обох уражених сторонах, хірургічну обробку гнійних вогнищ, дренажування обох ішіоректальних просторів, висічення ураженої задньої крипти, задню дозовану сфінктеротомію. В післяопераційному періоді проводили внутрішньовенну

інфузійну і антибактеріальну терапію, місцеве лікування післяопераційних ран. Перебіг раннього післяопераційного періоду був без ускладнень, рани промежини загоїлися вторинним натягом. Розвитку флегмони тазу не спостерігали. Хворий виписаний в задовільному стані для амбулаторного лікування 15.04.2008 р.

Гнійні запливи після операції виникли у трьох хворих, в тому числі, у одного хворого основної групи з підковоподібним ГП і у двох хворих групи порівняння (ретроректальний і підковоподібний ГП). Всі хворі залишилися живими.

Після проведених радикальних втручань з приводу ретроректального та підковоподібного ГП терміни перебування в стаціонарі становили в середньому  $25,5 \pm 0,31$  доби. Після проведених нерадикальних втручань з приводу ретроректального та підковоподібного ГП –  $27,5 \pm 0,5$  доби, ( $p < 0,05$ ). При лігатурному методі та за методом Габрієля у хворих групи порівняння при ретроректальному та підковоподібному ГП терміни стаціонарного лікування склали  $36,8 \pm 0,58$  доби. При радикальному хірургічному лікуванні ретроректального та підковоподібного ГП за методом Рижиха–Бобрової в основній групі хворих терміни стаціонарного лікування склали  $32,7 \pm 0,53$  доби, ( $p < 0,01$ ).

Панпарапроктит діагностований у 10 (8,9 %) із 112 хворих. У цих хворих гнійний процес перебігав у вигляді флегмони тазу, коли практично вся пряма кишка знаходилась у «мішку гною». Всі хворі були прооперовані в екстремному порядку. Операції виконували під внутрішньовенним наркозом або спинно–мозковою анестезією. Оперативне втручання передбачало максимально широке розсічення гнійника до його межі з неушкодженими тканинами за допомогою одного або двох дугоподібних (півмісяцевих) розрізів. Виконували ретельну ревізію всієї зони гнійно–некротичного процесу для виявлення натічників і заплівів гною, які додатково розкривали і дренивали. Некротизовані тканини максимально висікали до появи “кров’яної

роси”. Всю ранову поверхню ретельно промивали 3 %- ним розчином перекису водню і тампонували марлевими тампонами з цим же розчином. В порожнину гнійника додатково встановлювали поліхлорвініловий катетер для місцевого введення 10 %-ої бензойної мазі (мазь «Ацербін»). Внутрішній отвір в анальному каналі не висікали, щоб уникнути пересічення значної порції зовнішнього сфінктера.

Терміни лікування хворих із панпарапроктитом були суттєво довшими і визначались числом, і поширеністю гнійних натічників, лікування яких, проводили за загальними принципами гнійної хірургії. Для цього застосовували повторні некректомії, методику активного дронування рани з раннім накладенням вторинних швів, лінійну дермотензію країв ран, аутодермопластику, загальну інтенсивну терапію, масивне антибактеріальне лікування. Терміни стаціонарного лікування хворих із панпарапроктитом склали  $36 \pm 0,39$  доби. Помер один хворий з “блискавичною” формою флегмони тазу на фоні поліорганної недостатності та тяжкої супутньої патології (цукровий діабет II типу, тяжкий перебіг, облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок).

Нами був проведений порівняльний аналіз ефективності хірургічного лікування 20 (35,1 %) з 57 хворих основної групи, яким оперативне втручання проводили із застосуванням додаткових промежинних розрізів за запропонованою нами методикою [166]. Ішіоректальний ГП виявлено у 8 (40 %) хворих, пельвіоректальний ГП – у 6 (30 %), ретроректальний ГП – у 4 (20 %), підковоподібний ГП – у 2 (10 %) хворих. Метою проведення додаткових промежинних розрізів було запобігання розвитку флегмони тазу та поширення гнійного процесу на сусідні анатомічні ділянки (на калитку, стегно, поперекову ділянку). Виконання двох додаткових радіальних промежинних розрізів дозволяло попередити поширення гнійного процесу на сусідні клітковинні простори тазу завдяки пересіченню мікросудинного русла лімфатичних колекторів клітковинних тазових просторів.

У 20 (36,4 %) із 55 хворих групи порівняння, зокрема, при ішіоректальному ГП – у 8 хворих, пельвіоректальному ГП – у 5 хворих, ретроректальному ГП – у 4 хворих і підковоподібному ГП – у 3 хворих на першому етапі оперативного втручання доступ до гнійника виконували за допомогою одного дугоподібного розрізу на стороні ураження.

Оперативне втручання в основній групі хворих здійснювали наступним чином. На промежині проводили основний півмісяцевий розріз довжиною 7–10 см на середині відстані від анального отвору до сідничного горба, паралельно обводу анального кільця. Два додаткових радіальних розрізи на промежині здійснювали з обох сторін від основного розрізу, строго перпендикулярно до лінії основного розрізу і в радіальному напрямі за відношенням до анального отвору. Внутрішні краї додаткових радіальних розрізів на промежині, довжиною 4–7 см, розташовували на відстані 3–4 см від анального отвору, на межі запального інфільтрату періанальної ділянки і незміненої шкіри. Довжина додаткових радіальних розрізів (4–7 см) залежала від площі запального інфільтрату на промежині і передбачала розсічення шкіри, підшкірної клітковини, поверхневої фасції тазу і уражених глибоких клітковинних просторів. При підковоподібній формі глибокого ГП виконували два дугоподібних розрізи з відповідними додатковими радіальними розрізами на обох уражених сторонах від серединної лінії анального отвору. При ретроректальній формі глибокого ГП основний дугоподібний розріз проводили по задньому обводу анального кільця з пересіченням анокуприкової зв'язки, а два додаткових радіальних розрізи промежини проводили на обох протилежних сторонах від серединної лінії анального отвору.

На фоні застосування додаткових промежинних розрізів вже з другої доби покращувався загальний стан хворих, знижувалася інтенсивність виділень з основної дугоподібної рани. Місцево відмічали зменшення набряку, гіперемії та інфільтрації м'яких тканин навколо основної рани. У хворих контрольної групи інтенсивність виділень перианальної рани

знижувалася на 5–6 добу. Зменшення набряку, гіперемії та інфільтрації м'яких тканин навколо рани відбувалося на 4–5 добу.

Відзначили пряму залежність усунення ознак ССЗВ від глибини та поширеності гнійного процесу після виконання оперативної санації гнійних вогнищ за запропонованим нами методом операції. Після виконання оперативного втручання з застосуванням додаткових промежинних розрізів, ознаки ССЗВ у хворих основної групи поступово зникали. Так, у 8 хворих основної групи з ішіоректальною формою ГП нормалізація температури тіла проходила на 2–3 добу, тахіпное та тахікардія зникали до кінця другої доби, кількість лейкоцитів у периферичній крові нормалізувалося на 3–ю добу. У 8 хворих контрольної групи з ішіоректальним ГП температура тіла нормалізувалася на 3–4 добу, тахіпное та тахікардія зникали на третю добу, лейкоцитоз був ліквідований на 4–5 добу. У 6 хворих основної групи пельвіоректальним ГП, після проведення операції, температура тіла нормалізувалася на 3–4 добу, тахікардія та тахіпное зберігались до 4-ої доби, нормалізація кількості нейтрофільних лейкоцитів у периферичній крові проходила до 5-ї доби. В той час, як у 5 хворих контрольної групи пельвіоректальним ГП нормалізація температури тіла відбувалася на 4–6 добу, кількість лейкоцитів у периферичній крові нормалізувалося на 7–8 добу, тахіпное та тахікардія зникали на 5–6 добу. У 6 хворих основної групи підковоподібним та ретроректальним ГП температура тіла нормалізувалася на 6–ту добу, тахікардія та тахіпное – на 7 добу, нормалізація картини загального аналізу крові – на 8 добу після виконання операції. У 7 хворих контрольної групи підковоподібним та ретроректальним ГП температура тіла нормалізувалася на 6–7 добу, тахікардія та тахіпное – теж на 6–7 добу, нормалізація картини загального аналізу крові – на 9–10 добу після виконання операції.

У хворих із глибокими формами ГП, після застосування додаткових промежинних розрізів, ліквідація основних проявів ССЗВ відбувалася на  $5,5 \pm$



0,3 добу, у хворих без додаткових промежинних розрізів – на  $8,7 \pm 0,29$  добу, ( $p < 0,001$ ).

Середні терміни стаціонарного лікування хворих після застосування додаткових промежинних розрізів становили в середньому  $20,7 \pm 0,36$  дня. В той час, як у хворих без додаткових радіальних розрізів, середні терміни стаціонарного лікування становили  $25,8 \pm 0,27$  дня, ( $p < 0,001$ ).

Представлені результати дослідження свідчать, що прийняті в клініці методики оперативних втручань, які спрямовані на запобігання розвитку флегмони тазу та поширення гнійного процесу на сусідні анатомічні ділянки при первинно–радикальних операціях, виконаних за обґрунтованими критеріями ступеня складності ГП, забезпечують попередження розвитку флегмони тазу та сприяють скороченню термінів лікування хворих.

#### **4.2. Оцінка безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування хворих на глибокі форми гострого парапроктиту**

Для об'єктивної порівняльної оцінки хірургічного лікування глибоких форм ГП у хворих основної та контрольної груп проведено дослідження безпосередніх і віддалених результатів.

При порівняльному аналізі безпосередніх результатів лікування хворих основної і контрольної груп кращі результати відмічені у основній групі хворих. Серед 57 хворих основної групи ранні післяопераційні ускладнення виникли у одного (1,7 %) хворого у вигляді гнійного запливу при підковоподібному ГП. Всі хворі основної групи залишилися живими. Серед 55 хворих із групи порівняння ранні післяопераційні ускладнення мали місце у 5 (9,1 %) хворих у вигляді гнійних заплівів різної локалізації. Помер один хворий групи порівняння з “блискавичною” формою гнильно–некротичного ГП на фоні поліорганної недостатності та тяжкої супутньої патології (цукровий діабет II типу, тяжкий перебіг, облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок). Летальність серед хворих групи порівняння склала 1,8 %.

Були проаналізовані також віддалені результати лікування 65 хворих на глибокі форми ГП в терміни від 3 місяців до 2 років. З них у 40 (61,5 %) хворих були проведені первинно–радикальні операції у хворих основної групи, у 25 (38,5 %) хворих контрольної групи виконане нерадикальне хірургічне лікування. У хворих основної групи, яким було проведено одномоментне радикальне лікування, недостатність анального сфінктера II ступеня виявлено у одного (2,5 %) хворого. Серед хворих з групи порівняння недостатність анального сфінктера II ступеня встановлена у 2 (8 %) хворих, III ступеня – у одного хворого. Рецидив захворювання у хворих основної групи виник у 2 (4 %), у хворих контрольної групи – у 5 (20 %) хворих. У хворих основної групи перехід в хронічну форму захворювання (формування нориці) відмічено у 2 (4 %), у хворих контрольної групи – у 6 (24 %). Результати аналізу проведених оперативних втручань у 112 хворих на глибокі форми ГП показують переваги одномоментного радикального хірургічного лікування.

Оперативні втручання при глибоких формах ГП можуть відповідати принципам «проктологічного радикалізму», якщо окрім розкриття гнійника вдається виявити первинний гнійний хід з внутрішнім отвором на ураженій крипти анального каналу і провести оперативне втручання спрямоване на їх ліквідацію. Невідкладне оперативне втручання в перші 6 год від часу госпіталізації виконано у 87 (77,7 %) із 112 хворих.

У 39 (65%) із 60 хворих на ішіоректальний ГП виконані первинно–радикальні оперативні втручання, у 21 (35 %) хворих застосовані нерадикальні оперативні втручання. Вибір методу оперативного втручання (радикальне чи нерадикальне) визначався можливостями візуалізації ураженої крипти анального каналу. При застосуванні розпрацьованих нами підходів у основній групі хворих первинні радикальні операції проведені у 20 (66,7 %) хворих основної групи. У групі порівняння первинно–радикальні операції здійснені у 16 (53,3 %) хворих.

У 6 (54,5 %) із 11 хворих на пельвіоректальний ГП виконані первинно–радикальні оперативні втручання, у 5 (45,5 %) хворих застосовані

нерадикальні оперативні втручання. Завдяки застосуванню інструментальних методів діагностики у хворих основної групи на пельвіоректальний ГП, первинно–радикальні оперативні втручання виконані у 4 (66,7 %) хворих. У хворих групи порівняння на пельвіоректальний ГП, без застосування інструментальної діагностики, радикальні одномоментні втручання проведені тільки у двох (40 %) хворих.

Первинно–радикальні оперативні втручання проведені у 18 (58,1 %) із 31 хворого на ретроректальний та підковоподібний ГП. Нерадикальні оперативні втручання здійснені у 13 (41,9 %) хворих. У 16 хворих основної групи для підвищення якості діагностики до проведення оперативного втручання було застосовано УСГ і МРТ. Саме завдяки застосуванню променевих методів діагностики у 13 (81,3 %) хворих основної групи були виконані первинно–радикальні методи операцій. У хворих із групи порівняння одномоментні первинно–радикальні втручання здійснені у 5 (33,3 %) хворих.

Особливі труднощі виникали при хірургічному лікуванні хворих на панпарапроктит. Оперативне втручання у цих хворих передбачало максимально широке розсічення гнійника до його межі з неушкодженими тканинами за допомогою одного або двох дугоподібних (півмісяцевих) розрізів. Некротизовані тканини максимально висікали до появи “кров’яної роси”. Внутрішній отвір в анальному каналі не висікали, щоб уникнути пересічення значної порції зовнішнього сфінктера. У 5 хворих основної групи і 5 хворих із групи порівняння первинно–радикальні оперативні втручання не застосовували.

Отже, розпрацьовані нами підходи до комплексного хірургічного лікування хворих на різні форми ГП та застосування інструментальних методів топічної діагностики гнійників в параректальних клітковинних просторах, візуалізація первинного гнійного ходу і ураженої крипти дозволили виконати первинно–радикальні оперативні втручання у 37 (64,9 %) із 57 основної групи хворих. У хворих групи порівняння первинно–радикальні втручання були виконані у 23 (41,8 %) із 55 хворих.

Проведений порівняльний аналіз ефективності хірургічного лікування 20 (35,1 %) з 57 хворих основної групи, яким оперативне втручання проводили із застосуванням додаткових проміжних розрізів за запропонованою нами методикою дозволило попередити поширення гнійного процесу на сусідні клітковинні простори тазу у всіх хворих досліджуваної групи завдяки пересіченню мікросудинного русла лімфатичних колекторів клітковинних тазових просторів.

Прийняті в клініці методики оперативних втручань, спрямованих на запобігання розвитку флегмони тазу та поширення гнійного процесу на сусідні анатомічні ділянки при первинно–радикальних операціях, виконаних за обґрунтованими критеріями ступеня складності ГП, забезпечують попередження розвитку флегмони тазу, сприяють скороченню термінів лікування хворих та зменшують кількість ранніх та віддалених післяопераційних ускладнень.

Результати наших досліджень, відображені в цьому розділі, висвітлені у наступних наукових роботах [78, 162, 163, 164, 165, 166, 167].

РОЗДІЛ 5

ВИБІР АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА РЕЖИМУ ЇХ  
ЗАСТОСУВАННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА  
ГЛИБОКІ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

5.1. Характеристика мікробних збудників глибоких форм гострого парапроктиту

Систематичний моніторинг виду бактеріального збудника, як причини виникнення глибоких форм ГП, проведене у 48 (42,9 %) із 112 хворих. Ці хворі були розділені на дві групи. Першу групу склали 26 (54,2 %) хворих з обширними ішіо– і «низькими» ретроректальними формами гнійників із транссфінктерним первинним гнійним ходом, який захоплював глибоку порцію анального сфінктера. Другу групу склали 22 (45,8 %) хворих на ішіо–, ретро–, пельвіоректальні і підковоподібні форми ГП із транссфінктерним первинним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним гнійним ходом.

Вже під час розкриття гнійника у хворих на глибокі форми ГП можна було передбачити наявність того або іншого збудника за характером гною і місцевими змінами в тканинах промежини. Так, кишкова паличка і ентерококи частіше формували гнійне запалення за типом флегмони з рідким гноєм сірого кольору і характерним різким запахом. При стафілоковому збуднику частіше відзначали обмежене гнійне вогнище за типом абсцесу з чіткими стінками гнійника, густим вершкоподібним гноєм біло–жовтого кольору без або з незначним запахом. Збудники гнильної інфекції переважно спричиняли запалення флегмонозного типу у вигляді некротичного целюліту, фасціїту без чіткого відмежування від навколишніх неуражених тканин.

Хворих із анаеробним глибоким парапроктитом ми окремо не досліджували. Однак, зазначимо, що при анаеробному збуднику місцеві зміни в ранах промежини і анального каналу не супроводжувалися феноменом газоутворення в тканинах.

У хворих першої групи стартове мікробіологічне дослідження гнійних вогнищ було проведене при пункції гнійника до початку основного оперативного втручання. Результати вивчення спектру патогенних мікроорганізмів у хворих із глибокими формами ГП представлені в таблиці 5.1.

Таблиця 5.1

Характеристика мікробних збудників глибоких форми гострого парапроктиту під час оперативного втручання

Вид збудника	Частота виділення культури мікроорганізмів (%)		
	Перша група хворих, (n=26)	Друга група хворих (n=22)	Всього, (n=48)
Монокультура мікроорганізмів			
E.coli	6 (23,1 %)	3 (13,6 %)	9 (18,7 %)
Proteus spp.	4 (15,4 %)	2 (9,1 %)	6 (12,5 %)
Staphylococcus spp.	3 (11,5 %)	–	3 (6,2 %)
Citrobacter	3 (11,5 %)	3 (13,6 %)	6 (12,5 %)
B.fragilis	3 (11,5 %)	3 (13,6 %)	6 (12,5 %)
Peptostreptococcus anaerobius	–	1 (4,5 %)	1 (2,1 %)
Асоціації мікроорганізмів			
E.coli + Staphylococcus	3 (11,5 %)	3 (13,6 %)	6 (12,5 %)
Staphylococcus + Proteus	3 (11,5 %)	2 (9,1 %)	5 (10,5 %)
B.fragilis + E. coli	–	2 (9,1 %)	2 (4,2 %)
B. fragilis+ Proteus	1 (3,8 %)	2 (9,1 %)	3 (6,2 %)
Peptostreptococcus anaerobius+ E. coli	–	1 (4,5 %)	1 (2,1 %)

Результати цих досліджень показали, що у 19 (73,1 %) хворих гнійна мікрофлора представляла монокультуру, у 7 (26,9 %) висіяні асоціації мікроорганізмів. Серед хворих другої групи мікробна флора в монокультурі висіяна у 12 (54,5 %), а асоціації мікроорганізмів – у 10 (45,5 %) хворих.

При обмежених формах глибокого ГП у вигляді сформованого абсцесу до початку основного оперативного втручання концентрація мікроорганізмів складала в середньому  $4,1 \pm 0,25 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup>, при нелокалізованих формах захворювання у вигляді флегмони вона становила  $3,9 \pm 0,3 \times 10^8$  КУО/см<sup>3</sup>.

Отже, в результаті мікробіологічного дослідження у обох групах хворих мікробна контамінація переважала критичний рівень –  $10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. Важливу роль у збільшенні вірулентності збудників відігравали асоціації мікроорганізмів, які були встановлені у 17 (35,4 %) хворих.

При аналізі антибіограма було встановлено, що аеробні збудники, які представлені протеєм, стафілококами, кишковою паличкою були найбільше чутливі до левофлоксацину, амоксиклаву, імipенему, цефазоліну, кліндаміцину. Анаеробна флора, як в монокультурі, так і в асоціаціях проявляла чутливість до амоксиклаву (група інгібіторозахищених пеніцилінів), імipенему (група карбапенемів), кліндаміцину (група лінкозамідів), метронідазолу (група похідних нітроїмідазолу). Згідно проведених нами мікробіологічних досліджень найбільш повним антимікробним спектром дії володіли антибактеріальні препарати певних груп, серед них – фторхінолони II і III генерації та карбапенеми, що дозволило застосувати вище вказані групи препаратів в якості емпіричної антибактеріальної терапії у 26 хворих на глибокі форми ГП у поєднанні з метронідазолом або кліндаміцином (табл. 5.2).

Чутливість основних збудників до антибактеріальних препаратів у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту

Антибактеріальний препарат	Чутливість мікрофлори, (%)			
	Proteus spp. n=6	Staphylococcus spp. n=3	E. coli n=9	B.fragilis n=6
Гентаміцин	64	67	23	12
Амікацин	78	88	34	22
Амоксіклав	89	99	83	81
Левофлуксацин	87	67	32	61
Ципрофлуксацин	70	62	23	32
Цефазолін	78	64	31	44
Левоміцетин	56	54	52	10
Імпінем	92	98	79	81
Оксацилін	67	50	25	23
Лінкоміцин	65	54	69	66
Кліндаміцин	0	79	89	84
Метронідазол	0	0	81	77

Отже, дані мікробіологічного дослідження дозволили нам підібрати адекватні антибактеріальні препарати для проведення антибіотиколікування і антибіотикопрфілактики.

### 5.2. Антибактеріальна профілактика і антибактеріальна терапія у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту

Зверхкоротку антибіотикопрфілактику до– і впродовж першої доби після операції проведено у 14 (53,8 %) із 26 хворих першої групи. Показанням до застосування режиму зверхкороткої антибіотикопрфілактики вважали



наявність ізольованого, чітко обмеженого параректального гнійника, відсутність тяжких проявів ССЗВ чи органної дисфункції.

До групи порівняння були включені 12 (46,2 %) із 26 хворих першої групи, яким при систематичному моніторингу виду бактеріального збудника після оперативного втручання не проводили антибіотикопрофілактику. Групи хворих співставимі за віком, статтю та загальному стану.

В якості препарату вибору у хворих першої групи використовували цефалоспорин I покоління – цефазолін. Антибіотик з профілактичною метою у дозі 1 г вводили за 30–40 хв до початку операції внутрішньовенно та ще два рази внутрішньовенно впродовж першої доби після операції. Результати застосування режиму зверхкороткої антибіотикопрофілактики оцінювали за клінічним станом хворих, місцевими змінами з боку рани, показниками бактеріограми після операції. Моніторинг мікробіологічного забруднення рани промежини проводили на 3–тю, 5–ту та 7–му доби після операції. На тлі антибіотикопрофілактики вже з третьої доби покращувався стан хворих, знижувалася інтенсивність болю в перианальній ділянці. Місцево відмічали зменшення набряку, гіперемії та інфільтрації м'яких тканин навколо рани промежини, інтенсивності гнійних виділень. У хворих групи порівняння інтенсивність болю перианальної ділянки знижувалася на 5–6 добу. Зменшення набряку, гіперемії та інфільтрації м'яких тканин навколо рани, а також інтенсивність гнійних виділень відбувалися на 4–5 добу.

На 3–тю добу після оперативного втручання бактеріальне забруднення рани підтверджене у всіх хворих із обох груп. Проте, бактеріальне забруднення рани у хворих першої групи при проведенні антибіотикопрофілактики зменшилося в порівнянні з вихідними даними. Так, на 5–ту добу концентрація патогенних мікроорганізмів, висіяних з рани промежини, у хворих першої групи на фоні проведення зверхкороткої антибіотикопрофілактики не перевищувала  $3,4 \pm 0,21 \times 10^4$  КУО/см<sup>3</sup>. В той час, як у хворих групи порівняння концентрація патогенних мікроорганізмів становила  $3,7 \pm 0,18 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. На 7–му добу після оперативного

втручання повну бактеріологічну санацію ран відмічено у 5 (35,7 %) хворих першої групи. У групі порівняння в ці же строки повна бактеріологічна санація ран мала місце лише у 2 (16,7 %) з 12 хворих.

Післяопераційні ранні ускладнення виникли у 3-х хворих групи порівняння у вигляді прогресування гнійного процесу та поширення його на сусідні анатомічні ділянки, зокрема, у корінь калитки у 2 хворих, на стегно – у одного хворого. Ці ускладнення потребували додаткового оперативного втручання. У хворих першої групи ускладнень після операції не відмічали.

Отже, на фоні проведення антибіотикопрофілактики вже з третьої доби покращувався загальний стан хворих, знижувалася інтенсивність болю в перианальній ділянці. Місцево відмічали зменшення набряку, гіперемії та інфільтрації м'яких тканин навколо рани промежини, інтенсивності гнійних виділень. На 7-му добу після оперативного втручання повну бактеріологічну санацію ран відмічено у 5 (35,7 %) із 14 хворих. У групі порівняння, в ці же строки, повна бактеріологічна санація була лише у 2 (16,7 %) з 12 хворих.

Режим антибактеріальної терапії було застосовано у 22 хворих із ішіо-, ретро-, пельвіоректальним і підковоподібним ГП та транссфінктерним первинним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним первинним гнійним ходом. Показанням до застосування антибіотиколікування вважали нелокалізовану форму гнійного запалення у вигляді флегмони, гнильно-некротичний характер місцевого процесу, тяжкі прояви ССЗВ чи наявність органної дисфункції хоча би одного органа.

За шляхом введення антибактеріальних препаратів хворі були поділені на основну групу (10 хворих) та групу порівняння (12 хворих). Серед хворих чоловіків було 17 (77,3 %), жінок – 5 (22,7 %), віком від 25 до 60 років. Групи хворих були співставимі за віком, статтю, загальному стану і основному

діагнозу. При різних шляхах введення антибіотиків у порівнюваних групах використовували одноіменний препарат.

У 12 хворих групи порівняння для внутрішньовенної антибіотикотерапії застосували левофлоксацин по 250 мг внутрішньовенно крапельно 2 рази на добу + метронідазол (метрогіл) по 500 мг 3 рази на добу внутрішньовенно крапельно. За результатами бактеріологічного дослідження така комбінація препаратів охоплювала найбільшу кількість патогенних мікроорганізмів – збудників гнійного інфекційного процесу в параректальних клітковинних просторах. Після отримання даних антибіограми на 3–4 добу при потребі проводили заміну антибактеріальних препаратів.

У 10 хворих основної групи після оперативного втручання використовували тільки прямий антеградний метод ендолімфатичного введення антибіотиків через катетеризовані лімфатичні судини на ступні. Візуалізацію лімфатичної судини проводили після введення барвника (метиленовий синій чи індігокармін) підшкірно в перший міжпальцевий проміжок ступні. На цьому етапі антибіотик для введення в лімфатичну систему вибирали емпірично з застосуванням найбільш ефективних препаратів (цефтазидим, левофлоксацин, імipенем, цефуроксим). За результатами мікробіологічного дослідження ці антибактеріальні препарати охоплювали найбільшу кількість мікроорганізмів – збудників гнильно–некротичного інфекційного процесу в параректальних клітковинних просторах. Ендолімфатично вводили одну разову дозу антибіотика, розведеного в 20 мл 0,9 %-го розчину хлориду натрію один раз на добу за допомогою «Лінеамата» («Інфузомата») з швидкістю 0,15–0,2 мл за 1 хв. Антибіотики вводили в лімфатичну систему на стороні локалізації патологічного процесу. При підковоподібній формі ГП проводили канюлювання лімфатичної системи через судину першого міжпальцевого проміжку лівої ступні, що дозволяло охопити більш обширний сегмент лімфатичної системи тазу. Тривалість функціонування катетера складала в середньому 3–5 діб. Тривалість лікування визначалася тяжкістю гнійного процесу та ступенем ендотоксикозу. Корекцію терапії, при потребі, проводили на 3–4 добу, після отримання даних

мікробіологічного аналізу про вид збудника та його чутливість до антибактеріальних препаратів (цефтазидим, левофлоксацин, меронем, карбапенем).

Відзначили залежність швидкості усунення ознак ССЗВ від глибини та поширеності гнійного процесу в результаті виконання оперативної санації гнійних вогнищ та проведення внутрішньовенного чи ендолімфатичного введення антибактеріальних препаратів. Так, у 4 хворих основної групи з ішіоректальною формою ГП нормалізація температури тіла проходила на 2–3 добу, тахіпное та тахікардія зникали до кінця другої доби, кількість лейкоцитів у периферичній крові нормалізувалося на 3–ю добу. У 5 хворих групи порівняння за такої ж локалізації гнійника температура тіла нормалізувалася на 3–4 добу, тахіпное та тахікардія зникали на третю добу, кількість лейкоцитів у периферичній крові нормалізувалося на 4–5 добу. У 3 хворих основної групи із пельвіоректальним ГП температура тіла нормалізувалася на 3–4 добу, тахікардія та тахіпное зберігались до 4–ої доби, нормалізація показників нейтрофільних лейкоцитів у периферичній крові проходила до 5–ї доби. В той час, як у 3 хворих групи порівняння при пельвіоректальному ГП нормалізація температури тіла відбувалася на 4–6 добу, кількість лейкоцитів у периферичній крові нормалізувалося на 7–8 добу, тахіпное та тахікардія зникали на 5–6 добу. У 3 хворих основної групи із підковоподібним ГП температура тіла нормалізувалася на 6–ту добу, тахікардія та тахіпное – на 7 добу, нормалізацію картини загального аналізу крові відмічали на 8 добу після операції. У 4 хворих групи порівняння температура тіла нормалізувалася на 6–7 добу, тахікардія та тахіпное – теж на 6–7 добу, нормалізація картини загального аналізу крові проходила на 9–10 добу після виконання операції.

Оцінюючи вище зазначені результати нормалізації основних проявів ССЗВ у хворих на фоні проведення антибактеріальної терапії відмічено, що у хворих основної групи, при ендолімфатичному введенні антибактеріальних препаратів, вони відбувалися в середньому на  $6,8 \pm 0,49$  доби, а у хворих

групи порівняння, при внутрішньовенному введенні препаратів – на  $8,83 \pm 0,36$  добу, ( $p < 0,05$ ).

Бактеріальне обсіменіння рани промежини у хворих обох груп зменшувалося до 5-ої доби. Однак, концентрація патогенних мікроорганізмів у хворих основної групи на цей час не перевищувала  $4,53 \pm 0,47 \times 10^4$  КУО/см<sup>3</sup>, а у хворих групи порівняння вона складала  $4,5 \pm 0,75 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>.

Отже, вже на 5 добу при ендолімфатичному введенні антибактеріальних препаратів у хворих на ішію-, ретро-, пельвіоректальні і підковоподібні форми ГП із трансфінктерним первинним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язевої маси або екстрасфінктерним гнійним ходом, рівень бактеріальної колонізації рани промежини складав  $10^4$  КУО/см<sup>3</sup>, що є нижчим критичного рівня мікробної контамінації –  $10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. На 7-му добу після оперативного втручання повну бактеріологічну санацію рани промежини відмічено у 9 (90 %) із 10 пацієнтів основної групи. У групі порівняння, в ці ж строки повна бактеріологічна санація ран підтверджена при проведенні мікробіологічного моніторингу лише у 5 (41,7 %) із 12 хворих.

Про швидкість зниження ступеня ендотоксикозу у хворих з глибокими формами ГП судили також за змінами лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ). Так, до початку лікування середній рівень ЛІІ у хворих основної групи був високим, коливався від 6,3 до 15,7 ум. од і складав в середньому  $10,12 \pm 0,58$  ум. од. При ендолімфатичному введенні антибіотиків середній рівень ЛІІ помітно знижувався вже з 3–5 доби після операції, сягав показника  $3,8 \pm 0,11$  ум. од на 7 день після операції і не перевищував верхньої межі норми до 10–11 доби лікування (рис. 5.1).

При внутрішньовенному введенні антибіотиків у хворих групи порівняння до початку лікування середній рівень ЛІІ складав в середньому  $10,53 \pm 0,6$  ум. од і практично не відрізнявся від аналогічного у хворих основної групи, ( $p > 0,05$ ). На 7 день він становив  $5,94 \pm 0,11$  ум. од і достовірно перевищував аналогічний показник у хворих основної групи, ( $p <$

0,001). Нормалізація ЛШ у хворих групи порівняння наступала в більш пізні терміни, ніж у хворих основної групи, на 15–16 день після операції (рис. 5.1).

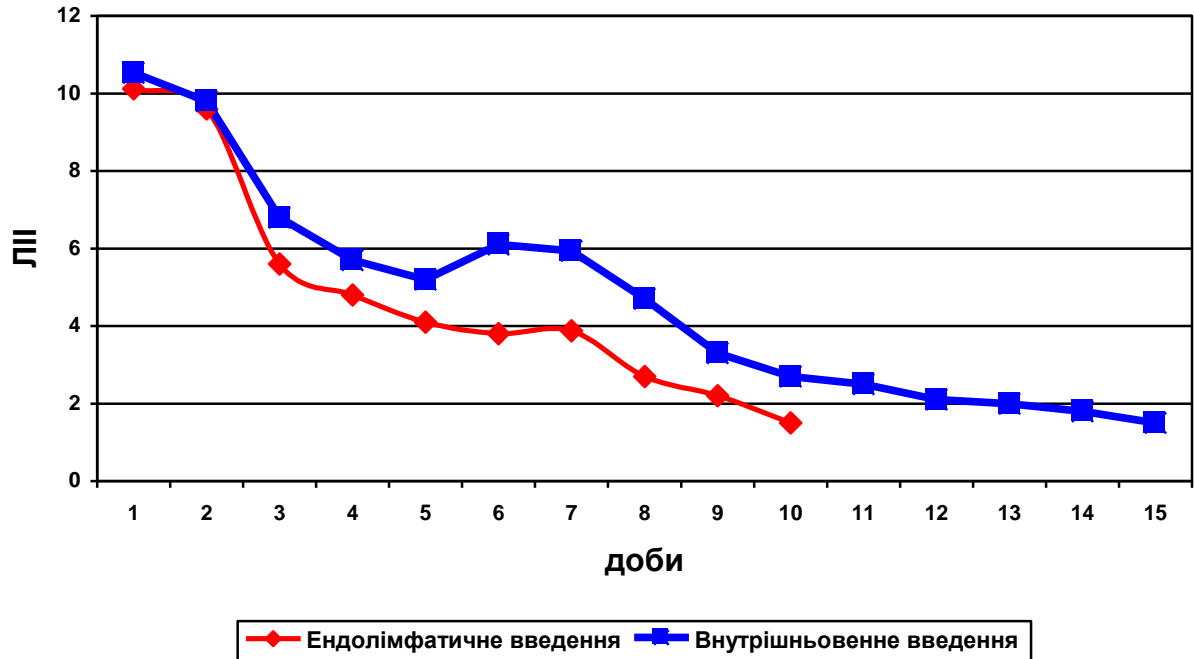


Рис. 5.1 Зміни лейкоцитарного індекса інтоксикації при внутрішньовенному і ендолимфатичному введенні антибактеріальних препаратів

Причину такого відставання нормалізації ЛШ у хворих групи порівняння можна пояснити тим, що метод внутрішньовенної антибіотикотерапії не забезпечує швидкого потрапляння антибактеріальних препаратів у вогнище гнійного запалення. Тому тривалий час у місці захворювання залишаються патогенні мікроорганізми, які підтримують в організмі високий рівень ендотоксикозу.

Ранні післяопераційні ускладнення виникли у 3-х хворих групи порівняння у вигляді прогресування гнійного процесу та поширення його на сусідні анатомічні ділянки, що потребувало оперативного втручання з корекцією антибіотикотерапії.

Наводимо спостереження. Хворий Ш., 37 років, медична карта стаціонарного хворого № 174509, госпіталізований в клініку 23.02.2009, через 9 діб з часу виникнення захворювання. Під час госпіталізації хворий скаржився на постійний біль у ділянці промежини, підвищення температури тіла до 38,5–39,2<sup>0</sup> С, загальну слабкість, лихоманку. Стан хворого тяжкий, шкіра бліда з землистим відтінком. Пульс 84 за 1 хв, артеріальний тиск 18,62/10,66 кПа (140/80 мм рт. ст.), частота дихання 22 за 1 хв. Під час аускультатії тони серця ритмічні, дихання ослаблене в нижніх відділах легень. Язик обкладений білим нашаруванням, підсихає. Живіт м'який, неболючий. При обстеженні промежини відмічено почервоніння в лівій перианальній ділянці та кореня калитки з переходом на ліве стегно та сідницю. Пальпується малорухомих інфільтрат, розмірами 12 x 8 x 6 см з центром в лівій перианальній ділянці. При пальцевому дослідженні прямої кишки тонус сфінктера збережений, відмічається помірний біль задньої стінки прямої кишки, де нечітко визначається м'якої консистенції інфільтрат. Внутрішній отвір на анальних криптах не візуалізується через значний набряк м'яких тканин.

Аналіз крові: ер.  $3,1 \times 10^{12}$  в 1 л, гемоглобін 96 г/л, гематокрит 0,47, л.  $15,2 \times 10^9$  в 1 л, п.н. 0,23, с.н. 0,56, е. 0, б. 0,03, лімф. 0,16, мон. 0,02, ШОЕ 64 мм/год, загальний білірубін 9,2 мкмоль/л, сечовина 10,5 ммоль/л, креатинін 164 мкмоль/л, аспартатамінотрансфераза 0,45 ммоль/(л·год), аланінамінотрансфераза 0,5 ммоль/(л·год), глюкоза 7 ммоль/л, загальний білок 93,3 г/л. Аналіз сечі: рН 5,0, відносна щільність 1,018, білок 0,099 ‰, епітелій 5–10 в полі зору, лейкоцитів 3–4 в полі зору, циліндри зернисті, гіалінові 2–4 в полі зору. ЕКГ: помірні зміни міокарда за метаболічним типом.

УСГ 23.02.2009 р. органів малого тазу і параректальної клітковини конвексним датчиком через шкіру промежини, при якому виявлене гіпоехогенне утворення 54 x 48 x 43 мм з нечіткими контурами, яке розміщене по обидва боки прямої кишки. Заключення: підковоподібний параректальний абсцес.

23.02.2009 р., після короткотривалої передопераційної підготовки, під спинномозковою анестезією, над місцем найбільшої інфільтрації на промежині порожнину гнійника пунктували товстою голкою. Після евакуації 1,5–3 мл гною, який негайно передали для мікробіологічного дослідження, в порожнину абсцесу ввели 5 мл 1 % –ного розчину метиленового синього, змішаного з 3 %– ним розчином перекисю водню у співвідношенні 2 до 1, який в просвіт анального каналу не виділився. Первинний гнійний хід і уражена крипта не були знайдені. Провели два дугоподібних основних розрізи, довжиною 7 см, в перианальній ділянці на відстані 4 см від анального отвору. Запальний процес в параректальній клітковині носив характер гнильно–некротичної інфільтрації без чітких меж, поширювався на обидва ішіоректальні клітковинні простори. Після розкриття гнійника виділилося до 70 мл гною темно–коричневого кольору з неприємним запахом. Порожнини гнійників сановані розчином перекисю водню та пухко тампоновані маззю «Ацербін». Діагноз після операції: Гострий панпарапроктит, гнильно–некротичний целюліт, фасціїт.

Протягом 1–ої доби після операції стан хворого залишався тяжким. Інтенсивна терапія включала інфузійну терапію з використанням колоїдних та кристалоїдних розчинів (ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин Рінгера, глюкоза, сорбілакт, рефортан, альбумін) в середньодобовій дозі 80 мл на 1 кг маси тіла.

В умовах реанімаційного відділення в той же день налагоджено систему для едолімфатичного введення антибактеріальних препаратів. Для цього здійснили канюлювання лімфатичної системи через судину першого міжпальцевого проміжку лівої ступні. Ендолімфатично вводили одну разову дозу цефуроксиму 750 мг, розведеного в 20 мл 0,9 %–го розчину хлориду натрію один раз на добу за допомогою «Інфузомата» з швидкістю 0,2 мл за 1 хв. Через 3 доби перебування в реанімаційному відділенні стан хворого покращився, температура тіла становила 37,5<sup>0</sup> С, тахікардії та тахіпное не відмічали. На 5–ту добу завершили ендолімфатичне введення антибіотика.



При стартовому бактеріологічному дослідженні гною виявлений *Citrobacter* в концентрації  $5 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup>, стійкий до 16 антибактеріальних препаратів, чутливий до цефуроксиму, левоміцетину, заноцину, цифрану, норофлораксацину. На 4 день перебування в стаціонарі при контрольному дослідженні мікробного спектру промежинної рани висіяно *Citrobacter*  $2,6 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. На 10 день перебування в стаціонарі при контрольному дослідженні ексудату промежинної рани мікроорганізмів не висіяно. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Рани промежини загоїлися вторинним натягом. Хворий виписаний в задовільному стані на 24 добу.

Таким чином, результати стартового мікробіологічного дослідження гнійних вогнищ у 48 хворих обох досліджуваних груп показали, що у 31 (64,6 %) хворих гнійна мікрофлора представляла монокультуру. У 17 (35,4 %) хворих були висіяні асоціації мікроорганізмів. Серед виявлених мікроорганізмів відмічено перевагу *E. coli*, як в монокультурі, так і в асоціаціях у 18 (37,5 %) хворих. Переважання анаеробної неклостридіальної флори було характерним для хворих на ішію–, ретро–, пельвіоректальні і підковоподібні форми ГП із транссфінктерним первинним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним гнійним ходом.

При аналізі антибіотикограм встановлено, що аеробні збудники і аеробні асоціації, які представлені протеєм, стафілококами, кишковою паличкою були найбільше чутливі до левофлораксацину, амоксиклаву, імipенему, амікацину, кліндаміцину. Анаеробна флора, як в монокультурі, так і в асоціаціях проявляла чутливість до амоксиклаву, імipенему, кліндаміцину, метронідазолу. Згідно проведених бактеріологічних досліджень найбільш повним антимікробним спектром дії володіли фторхінолони II і III генерації, та карбапенеми.

Зверхкоротку антибіотикопрофілактику до– і впродовж першої доби після операції проведено у 14 (53,8 %) із 26 хворих першої групи з ізольованим, чітко обмеженим параректальним гнійником при відсутності

тяжких проявів ССЗВ чи органної дисфункції. Вже з другої доби покращувався стан хворих, знижувалася інтенсивність болю в перианальній ділянці. Місцево відмічали зменшення набряку, гіперемії та інфільтрації м'яких тканин навколо рани промежини, інтенсивності гнійних виділень. У 12 хворих, в яких не застосовували антибіотикопрофілактику, інтенсивність болю перианальної ділянки знижувалася на 5–6 добу. Зменшення набряку, гіперемії та інфільтрації м'яких тканин навколо рани, а також інтенсивність гнійних виділень відбувалися на 4–5 добу. На 7–му добу після оперативного втручання повну бактеріологічну санацію ран відмічено у 5 (35,7 %) із 14 хворих. У групі порівняння, в ці же строки повна бактеріологічна санація була лише у 2 (16,7 %) з 12 хворих.

Антибактеріальну терапію було застосовано у 22 хворих із ішіо-, ретро-, пельвіоректальним і підковоподібним ГП та транссфінктерним первинним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним первинним гнійним ходом. Показанням до застосування антибіотиколікування вважали нелокалізовану форму гнійного запалення у вигляді флегмони, гнильно-некротичний характер місцевого процесу, тяжкі прояви ССЗВ, чи наявність органної дисфункції хоча би одного органа. За шляхом введення антибактеріальних препаратів хворі були поділені на основну групу (10 хворих, яким використовували ендолімфатичний шлях) та групу порівняння (12 хворих, яким застосували внутрішньовенне введення антибіотика).

Встановлено, що у хворих основної групи при ендолімфатичному введенні препаратів строки нормалізації основних проявів ССЗВ відбувалися на  $6,8 \pm 0,49$  добу. У хворих групи порівняння при внутрішньовенному введенні антибіотиків основні прояви ССЗВ були в межах норми на  $8,83 \pm 0,36$  добу, ( $p < 0,05$ ).

При ендолімфатичному введенні антибіотиків середній рівень ЛШ знижувався починаючи з 3–4 доби, сягаючи показника  $3,88 \pm 0,11$  ум. од вже

на 7 день після операції. Рівень ЛПІ у цих хворих не перевищував верхньої межі норми до 10–11 доби лікування. У хворих групи порівняння при внутрішньовенному введенні антибіотиків середній рівень ЛПІ на протязі перших 3 діб практично не змінювався і сягав рівня  $5,94 \pm 0,11$  ум. од. лише на 7 добу, достовірно перевищуючи середній рівень ЛПІ в цей строк у хворих основної групи ( $p < 0,001$ ). Нормалізація ЛПІ у порівнянні з основною групою хворих наступала в більш пізні строки, на 15–16 день після операції.

Отже, застосування диференційованого режиму проведення антибіотикопрофілактики та антибактеріальної терапії дозволило нам підвищити ефективність комплексного лікування хворих глибокими формами гострого парапроктиту, зменшити кількість післяопераційних ускладнень та попередити прогресування синдрому системної запальної відповіді.

Результати наших досліджень, відображені в цьому розділі, висвітлені в наступних наукових роботах [78, 162, 165, 167, 168, 169].

## РОЗДІЛ 6

### МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ ОПЕРАЦІЙНИХ РАН У ХВОРИХ ГЛИБОКИМИ ФОРМАМИ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

Метою проведення місцевого лікування в нашому дослідженні було забезпечення ефективного некролізу нежиттєздатних тканин рани промежини і анального каналу, протимікробної та знеболювальної дії у першу фазу ранового процесу у хворих на глибокі форми ГП. Місцеве лікування в основній групі хворих проводили з врахуванням фази ранового процесу, результатів мікробіологічного дослідження патогенної мікрофлори та її чутливості до антибактеріальних препаратів. До уваги також брали місце розташування рани – з боку промежини чи анального каналу.

За характером застосованих підходів у місцевому лікуванні гнійних ран хворі на глибокі форми ГП були розділені на дві групи шляхом рандомізації подвійним сліпим методом. В основну групу були включені 32 (28,6 %) із 112 хворих. Серед них, ішіоректальний ГП був діагностований у 6 (18,75 %) хворих, пельвіоректальний ГП – у 6 (18,75 %), ретроректальний ГП – у 8 (25 %), підковоподібний ГП – у 7 (21,9 %) хворих, панпарапроктит – у 5 (15,6 %) хворих.

Для місцевого лікування ран промежини в першу фазу ранового процесу у хворих основної групи з першої доби після операції застосовували мазь «Ацербін» (Австрія). За її відсутності використовували 10 %-ну бензойну мазь на гідрофільній основі. При великих розмірах порожнини гнійника в її просвіт додатково до марлевих смужок, просякнених маззю встановлювали поліхлорвініловий катетер для введення мазі. Лікування цими мазями проводили впродовж перших 3–4 діб після операції.

Одночасно, для місцевого лікування рани каналу відхідника у хворих основної групи застосували мазь «Офлокаїн». Марлеву смужку, просочену маззю, вводили у канал відхідника впродовж перших 5–7 діб після операції. Перев'язку проводили двічі на добу.

Мазь «Ацербін» (Австрія) – комбінований препарат, який містить в якості активних компонентів саліцилову, бензойну, DL–яблучну кислоти на гідрофільній основі пропіленгліколя. Саліцилова кислота володіє вираженою некролітичною дією, сприяє формуванню здорових грануляцій і епітелізації тканин. Яблучна кислота має позитивний вплив на процеси метаболізму і ексудації в рані. Вона сприяє виведенню вуглекислоти з країв рани, яка є продуктом життєдіяльності численних патогенних штамів мікроорганізмів, попереджує алкалізацію рани, стимулює процеси регенерації тканин. Антибактеріальні і фунгіцидні властивості бензойної і саліцилової кислот сприяють регенерації тканин і попереджують повторне інфікування рани.

Мазь «Офлокаїн» (Україна) – представляє комбінацію протимікробного засобу з групи фторхінолонів – офлоксацину та місцевого анестетика лідокаїну на гідрофільній, гіперосмолярній і водорозчинній основі. Протимікробні властивості мазі реалізуються внаслідок дії на грампозитивні, і більшою мірою, на грамнегативні бактерії, аеробну та анаеробну, спороутворюючу та аспорогенну мікрофлору представлену у вигляді монокультури чи мікробних асоціацій. Офлоксацин ефективний відносно госпітальних штамів стійких до антибіотиків та сульфаніламідів. Протимікробна дія «Офлокаїну» охоплює, як патогенні мікроорганізми що знаходяться на поверхні рани так і ті, які розташовані в глибині тканин. Завдяки гіперосмолярності маzewої основи під дією «Офлокаїну» зменшується набряк тканин навколо рани. Місцевий анестетик лідокаїн забезпечував достатній знеболювальний ефект.

У групу порівняння включені 30 (26,8 %) із 112 хворих, у місцевому лікуванні яких використовували мазь «Левомеколь» чи «Левасин» (Україна).

Серед них, ішіоректальний ГП був діагностований у 10 (33,3 %) хворих, пельвіоректальний ГП – у 3 (10 %), ретроректальний ГП – у 7 (23,3 %), підковоподібний ГП – у 5 (16,7 %) хворих, панпарапроктит – у 5 (16,7 %) хворих. Марлеву смужку, просочену маззю, вводили у рану промежини впродовж перших 3–4 діб після операції. Перев'язку проводили двічі на добу.

Оцінюючи місцеві ознаки перебігу гнійно–деструктивного процесу у хворих обох груп брали до уваги розміри запального інфільтрату, швидкість зменшення набряку та гіперемії ділянки промежини. Аналізували характер виділень з рани, строки появи грануляцій та результати мікробіологічного дослідження.

#### 6.1. Результати місцевого лікування операційних ран промежини і анального каналу в хворих на ішіоректальний гострий парапроктит

Нами проведено порівняльну оцінку ефективності застосованих мазевих середників у I-ій фазі ранового процесу з врахуванням локалізації основного запального вогнища та характеру мікробних збудників захворювання. Так, серед 16 (38,1 %) хворих з ішіоректальним ГП у 3 (50 %) з основної групи гнійна мікрофлора представляла монокультуру, у 2 висіяні аеробні асоціації, у одного хворого висіяні анаеробні мікроорганізми. Серед хворих групи порівняння з ішіоректальною формою ГП мікрофлора в монокультурі висіяна у 6 (60 %), аеробні асоціації – у 2 (20 %) хворих. У 2 (20 %) хворих висіяні анаеробні мікроорганізми. У хворих основної групи, до початку лікування, концентрація мікроорганізмів складала в середньому  $4,10 \pm 0,23 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup>, у групі порівняння дорівнювала в середньому  $3,82 \pm 0,21 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup>, ( $p > 0,05$ ).

В результаті проведення місцевого лікування ліквідація мікробного забруднення рани у хворих основної групи проходила більш інтенсивно, ніж у групі порівняння. Слід зазначити, що на 3 добу концентрація мікроорганізмів,

висіяних з рани промежини у хворих основної групи і групи порівняння, мало відрізнялася від вихідної їх концентрації. Однак, вже на 5 добу концентрація мікроорганізмів у основній групі хворих була значно нижчою і становила  $1,88 \pm 0,27 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. У хворих із групи порівняння в цей же строк концентрація мікроорганізмів становила  $2,38 \pm 0,20 \times 10^6$  КУО/см<sup>3</sup> і була достовірно вищою, ніж у основній групі хворих.

На 7 добу з промежинних ран у хворих основної групи з ішіоректальним ГП висівали поодинокі колонії або посіви росту не давали. У хворих групи порівняння, число висіяних колоній на 7 добу складало в середньому  $1,40 \pm 0,3 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. (рис 6.1).

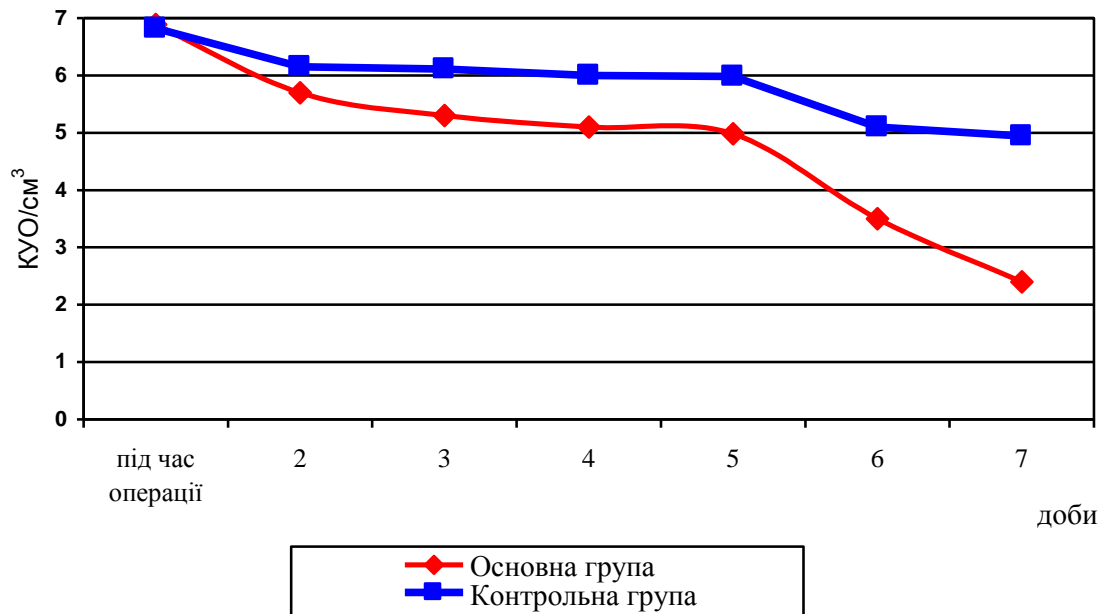


Рис. 6.1 Концентрація мікроорганізмів в ранах промежини у хворих ішіоректальним ГП (число КУО/см<sup>3</sup> ранових виділень).

Таким чином, рівень бактеріальної колонізації в ранах промежини у хворих основної групи з ішіоректальним ГП прогресивно знижувався і на 7 добу висівали поодинокі колонії, або посіви росту не давали. У хворих групи порівняння в цей же строк концентрація мікроорганізмів в рані становила  $10^5$  КУО/см<sup>3</sup>, що відповідало критичному рівню мікробної контамінації ран ( $10^5$  КУО/см<sup>3</sup>).

Диференційований підхід до вибору мазевих препаратів для лікування ран промежини у хворих основної групи забезпечував також покращення перебігу місцевого запального процесу за рядом інших показників (табл. 6.1).

Таблиця 6.1

Деякі показники ефективності місцевого лікування операційних ран у хворих із ішіоректальним гострим парапроктитом

Клінічний показник	Хворі з ішіоректальним ГП, (n=16)	
	Група порівняння (n=10)	Основна група (n=6)
Усунення місцевого больового синдрому, (доба)	8,5±0,43	7,2±0,60
Ліквідація перифокальної інфільтрації тканин, (доба)	6,3±0,30	5,0 ±0,37
Некролізис за трансформацією ранових виділень, (доба)	7,4±0,22	5,8±0,31*
Поява грануляцій у видимій частині рани, (доба)	9,3±0,30	7,7±0,33*

*Примітка.* \* – різниця показників достовірна у порівнянні з такою у групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

Під час проведення місцевого лікування у хворих групи порівняння мазями «Левомеколь» чи «Левасин» вторинне інфікування ран промежини виникло у 3 (18,75 %) хворих. У цих хворих окрім кишкової палички або стафілококів на 7 день місцевого лікування були висіяні *Citrobacter* та *Peptostreptococcus anaerobius* в концентрації  $3,8 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup> та  $4,6 \times 10^8$  КУО/см<sup>3</sup>, відповідно. У одного хворого в цей же термін висіяна паличка синьо-зеленого гною в концентрації  $2,3 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup>

На основі проведених мікробіологічних досліджень нами підтверджено низьку чутливість ранової мікрофлори до мазі «Левомеколь» (табл. 6.2).



Чутливість основних клінічних штамів патогенних мікроорганізмів до мазевих препаратів у хворих із ішіоректальним ГП

Назва мазі	Кількість хворих, (n=16)	Чутливість мікрофлори, (%)		
		E.coli	Proteus spp.	Staphylococcus spp.
Левомеколь	16	67	68	89
Офлокаїн	16	96	99	99
Ацербін	16	99	99	100

Об'єктивним методом дослідження еволюції ранового процесу є цитологічний з визначенням характеру бактеріальної флори, лейкоцитів, гістіоцитів, фагоцитозу, клітин сполучної тканини і епітелію. Інтерпретацію отриманих результатів проводили за класифікацією М. Ф. Камаєва [157].

Нами проведені цитологічні дослідження перебігу ранового процесу у 16 хворих (6 хворих основної групи, 10 хворих групи порівняння) на ішіоректальний ГП за допомогою “поверхневої біопсії” післяопераційної рани промежини.

Цитологічне дослідження препаратів післяопераційної рани промежини у хворих на ішіоректальний ГП в обох досліджуваних групах протягом першої доби (до 12 годин) після операції показало, що клітинний склад “поверхневої біопсії” був представлений клітинами крові (рис. 6.2).

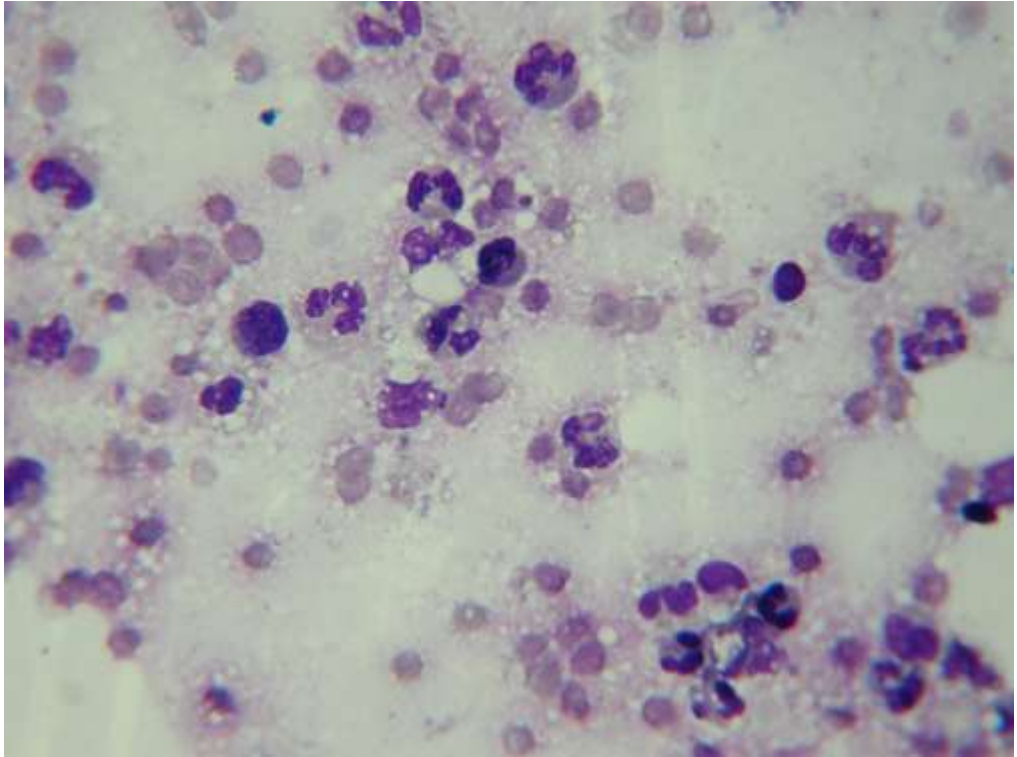


Рис. 6.2 Цитологічний препарат “поверхневої біопсії” післяопераційної рани в ранньому періоді раневого процесу в перші 12 годин після операції. Хворий К., 47 років, карта стаціонарного хворого № 369508. Забарвлення за Паппенгеймом. Зб.: ок. 10, об. 100.

Переважну більшість клітинних елементів склали еритроцити. Контури останніх були переважно чіткі, цитоплазма гомогенна, блідо-рожева, форма округла. Серед інших клітин домінували нейтрофільні лейкоцити ( $20 \pm 2$  клітини в полі зору; при збільшенні  $\times 1000$ ). Незмінені нейтрофільні лейкоцити домінували над дистрофічно-некротично зміненими (55 % і 45 %, відповідно). У цитопрепаратах візуалізували поодинокі макрофаги (1–2 клітини в полі зору) та лімфоцити (0–1–2 клітини в полі зору). Місцями візуалізували маси фібрину у вигляді пухких блідо-рожевих нитчастих мас.

Дослідження цитологічних препаратів на 3-ю добу після операції показало, що в обох групах хворих спостерігався дегенеративно-запальний тип цитогам. При цьому, у цитопрепаратах спостерігали масивну кількість нейтрофільних лейкоцитів ( $86 \pm 5$  клітин в полі зору при імерсійному

дослідженні). Серед нейтрофільних лейкоцитів переважали дегенеративно змінені форми (90,2 %). Це проявлялось нечіткістю контурів лейкоцитів, незначним збільшенням їх у розмірах за рахунок набухання. Цитоплазма була мікровакуолізованою, блідо–рожевою. Значні зміни спостерігали у ядрі, серед них зміни форми, помірне збільшення розмірів, зміна забарвлення з насиченого фіолетового до фіолетово–рожевого. Візуалізували також інші незворотні альтерації ядер нейтрофільних лейкоцитів, зокрема, каріорексис і каріолізіс. При каріорексисі ядро було фрагментоване на частинки неправильної форми і різних розмірів. При розриві каріолеми фрагментовані шматочки ядра візуалізували в цитоплазмі лейкоцитів. У випадках каріолізісу хроматин ядер майже не візуалізувався, а ядра у таких випадках мали вигляд злегка рожевих округлих утворів. У обох досліджуваних групах хворих нами було відмічено лише дрібні вогнища лейкоцитарного детриту у вигляді невеликих частинок без чітких контурів і без певної структури. Поряд із нейтрофільними лейкоцитами спостерігали наявність поодиноких макрофагів, лімфоцитів.

У хворих обох груп відмічали активний фагоцитоз мікро– та макрофагами: незавершений, завершений і спотворений з домінуванням незавершеного. Як показали дослідження у хворих основної групи, яким місцеве лікування проводили за допомогою мазі «Ацербін» на третю добу у дегенеративно–запальному типі цитограми у 66,7 % хворих відмічали ознаки активного фагоцитозу з домінуванням завершеного. У групі порівняння в цей же термін, у дегенеративно–запальному типі цитограми у 40 % хворих відмічали ознаки активного фагоцитозу, проте, з перевагою спотвореного (дегенеративного).

При завершеному фагоцитозі мікроорганізми знаходились внутрішньоклітинно у різній фазі перетравлення. Незавершений фагоцитоз проявлявся поза– та внутрішньоклітинним розташуванням мікроорганізмів, проте лише у початковій стадії перетравлення. У випадках спотвореного фагоцитозу мікроорганізми знаходились серед фрагментів нейтрофілів. В

препаратах відмічали рівноцінну кількість звичайних і дегенеративно–змінених нейтрофільних лейкоцитів (рис. 6.3).

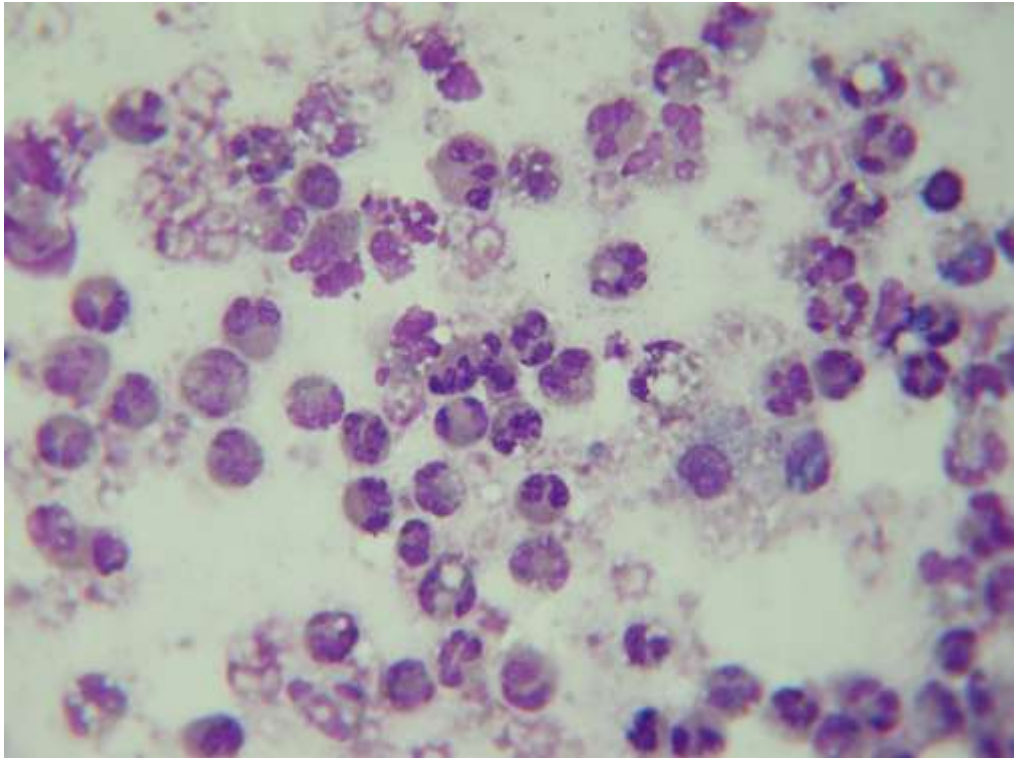


Рис. 6.3 Цитологічний препарат “поверхневої біопсії” післяопераційної рани на 3–тю добу раневого процесу. Дегенеративно–запальний тип цитограми. Хворий Ц., 48 років, карта стаціонарного хворого № 301708. Забарвлення за Паппенгеймом. Зб.: ок. 10, об. 100.

На 7–у добу післяопераційного періоду в обох досліджуваних групах спостерігали регенеративний тип цитограм першого та другого варіанту. У хворих основної групи – 47 % та 53 %, відповідно, у групі порівняння – 63 % та 37 %, відповідно.

При регенеративному типі цитограми першого варіанту візуалізували до 40 нейтрофільних лейкоцитів у полі зору (при збільшенні  $\times 1000$ ) з невеликою кількістю дегенеративно змінених. При цьому, в одному полі зору візуалізували до 5 полібластів, які представляли собою одноядерні клітини без чіткої диференціації. Ці клітини мали переважно округлу форму, чіткі

контури, добре забарвлену протоплазму. В окремих полях зору серед полібластів візуалізували поодинокі (1–2 клітини в полі зору) макрофаги та лімфоцити (рис. 6.4).

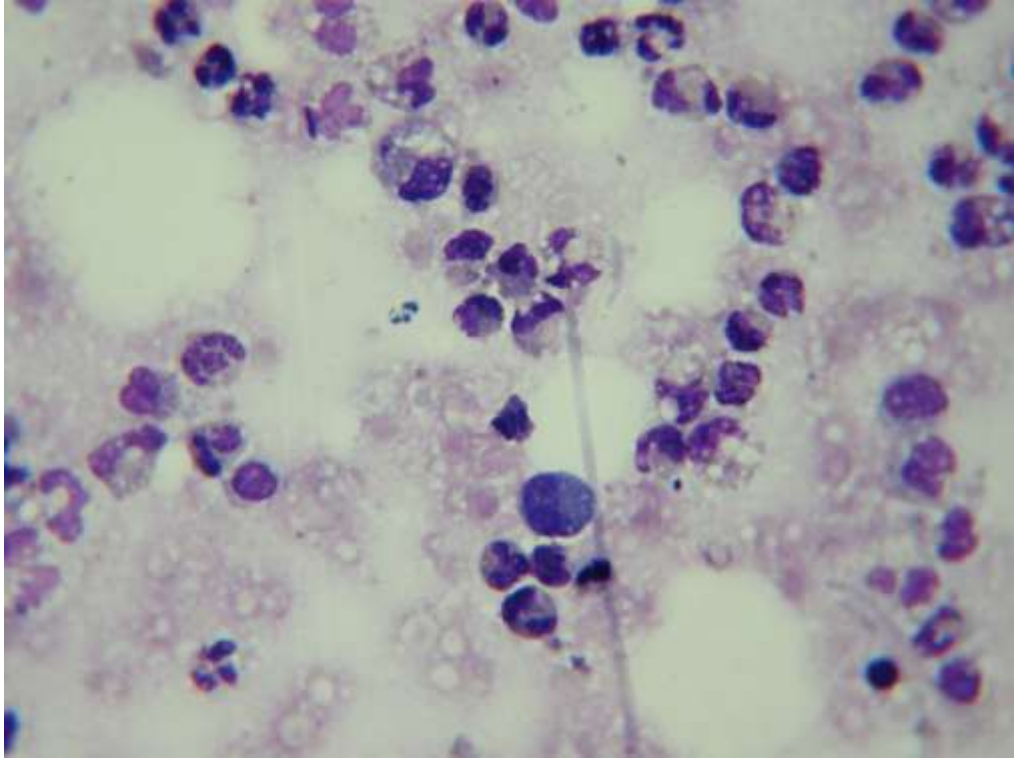


Рис. 6.4 Цитологічний препарат “поверхньої біопсії” післяопераційної рани на 7–тю добу раневого процесу. Регенеративний тип цитограми першого варіанту. Хворий М., 56 років, карта стаціонарного хворого № 275709.Забарвлення за Паппенгеймом. Зб.: ок. 10, об. 100.

При регенеративному типі цитограми другого варіанту у цитопрепаратах візуалізували виключно (95 %) незмінені нейтрофільні лейкоцити у невеликій кількості (до  $11 \pm 3$  клітин у полі зору при імерсійному дослідженні). Дані лейкоцити були округлої форми, ядра їх переважно сегментовані, інтенсивно забарвлені у фіолетовий колір, хроматин гомогенний. Поряд із цим зустрічалися поодинокі дегенеративно змінені нейтрофільні лейкоцити (рис. 6.5).

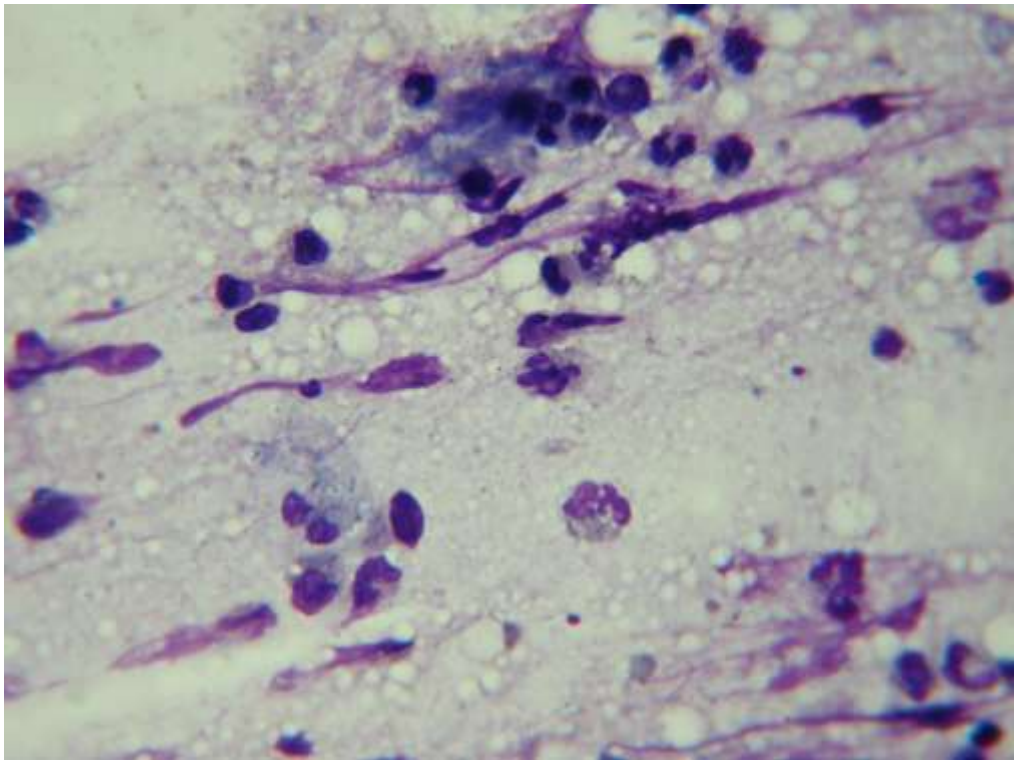


Рис. 6.5 Цитологічний препарат “поверхневої біопсії” післяопераційної рани на 7-тю добу раневого процесу. Регенеративний тип цитограми другого варіанту. Хворий П., 38 років, карта стаціонарного хворого № 124409.Забарвлення за Паппенгеймом. Зб.: ок. 10, об. 100.

На відміну від I варіанту регенеративного типу цитограм, при II-му – кількість полібластів складала близько 7 клітин у полі зору. Поряд із полібластами візуалізували макрофаги (близько 3–4-х клітин у полі зору), фібробласти та фіброцити. Фібробласти мали витягнуту форму, дрібнозернисту цитоплазму, овальне ядро, хроматин гомогенний або сітчастого характеру. Фіброцити були у вигляді витягнутих клітин з чітко візуалізованим темно фіолетовим гомогенним ядром. Сполучнотканинні волокна в препаратах розташовані пухко, переважно поодинці. Вони представлені нитчастими масами насичено рожевого кольору.

Як показали дослідження, у хворих основної групи, яким місцеве лікування проводили за допомогою мазі «Ацербін» на третю добу у

дегенеративно–запальному типі цитограми у 66,7 % хворих відмічали ознаки активного фагоцитозу з домінуванням завершеного. У групі порівняння в цей же термін, при дегенеративно–запальному типі цитограми у 40 % хворих відмічали ознаки активного фагоцитозу, проте, з перевагою спотвореного (дегенеративного). У хворих основної групи на 7–му добу дослідження переважав другий варіант регенеративного типу цитограми, який становив 53 %, у групі порівняння домінував перший варіант регенеративного типу цитограми, який становив 63 % .

Таким чином, застосування для місцевого лікування ран промежини у хворих на глибокі форми ГП мазі «Ацербін» дозволяє прискорити перебіг стадій ранового процесу, сприяє очищенню рани від гнійно–некротичних тканин і появі грануляцій.

Важливим критерієм порівняльної оцінки ефективності місцевого лікування ран промежини і анального каналу після операції з приводу ішіоректального ГП у першій фазі ранового процесу є строки перебування у стаціонарі. За нашими даними, перебування хворих групи порівняння з ішіоректальним ГП у стаціонарі складало в середньому  $17,7 \pm 0,43$  днів, у основній групі хворих –  $13,8 \pm 0,6$  доби, ( $p < 0,01$ ).

Отже, результати мікробіологічного дослідження у 16 хворих з ішіоректальним ГП показали, що у хворих основної групи до оперативного втручання концентрація мікроорганізмів складала в середньому  $4,1 \pm 0,23 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup>, у групі порівняння в середньому  $3,82 \pm 0,21 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup>, ( $p > 0,05$ ). У 50 % хворих основної групи гнійна мікрофлора представляла монокультуру, у 2 пацієнтів висіяні аеробні асоціації, у одного хворого висіяні анаеробні мікроорганізми. Серед групи порівняння мікрофлора в монокультурі висіяна у 60 % хворих, аеробні асоціації – у 20 %, анаеробні мікроорганізми – у 20 % хворих.

В результаті місцевого лікування ліквідація мікробного забруднення рани у хворих основної групи проходила більш інтенсивно, ніж в групі порівняння, причому на 5 і 7 доби лікування різниця була достовірною. Крім

того, некролізис в рані промежини наступав у хворих основної групи в середньому на  $5,8 \pm 0,31$  добу, а у хворих групи порівняння в середньому на  $7,4 \pm 0,22$  добу, ( $p < 0,05$ ). Поява грануляцій в видимій частині рани відмічена у хворих основної групи в середньому на  $7,7 \pm 0,33$  доби, а у хворих групи порівняння в середньому на  $9,3 \pm 0,3$  добу, ( $p < 0,05$ ).

Отже, застосування для місцевого лікування ран промежини у хворих на глибокі форми ГП мазі «Ацербін» дозволяє прискорити перебіг стадій ранового процесу, сприяє очищенню рани від гнійно–некротичних тканин і ранній появі грануляцій.

6.2. Результати місцевого лікування операційних ран промежини і анального каналу у хворих на пельвіоректальний, ретроректальний і підковоподібний гострий парапроктит

При пельвіоректальному ГП оперативне втручання переважно носить нерадикальний характер і обмежується тільки розкриттям гнійника, оскільки краї і дно рани розміщені у глибоких шарах параректальної клітковини. Тому основне значення в ліквідації ранової інфекції належить комплексній інтенсивній та антибактеріальній терапії, а також місцевому лікуванню рани.

В основну дослідну групу включили 26 (81,3 %) із 32 хворих, у яких для вивчення ефективності місцевого лікування застосовували у першу фазу ранового процесу мазі «Ацербін» та «Офлокаїн». Серед них, з пельвіоректальним ГП було 6 (23,1 %) хворих, ретроректальним ГП – 8 (30,8 %), підковоподібним ГП – 7 (26,9 %), з панпарапроктитом – 5 (19,2 %) хворих. В групу порівняння були включені 20 (66,7 %) із 30 хворих, у місцевому лікуванні яких використовували мазь «Левомеколь» чи «Левасин» (Україна). Серед них, з пельвіоректальним ГП було 3 (15 %) хворих, ретроректальним ГП – 7 (35 %) хворих, підковоподібним ГП – 5 (25 %) хворих, панпарапроктитом – 5 (25 %) хворих.



У 14 (53,8 %) хворих із основної групи мікрофлора представляла монокультуру, у 7 (26,9 %) пацієнтів висіяні асоціації аеробів з анаеробами, у 4 (15,4 %) хворих висіяні анаеробні мікроорганізми і тільки у одного хворого – аеробно–аеробні асоціації мікроорганізмів.

Серед хворих групи порівняння мікрофлора в монокультурі висіяна у 9 (45 %), аеробні асоціації – у 4 (20 %) хворих, ще у 4 (20 %) хворих висіяні анаеробні мікроорганізми, і у 3 (15 %) – аеробно–анаеробні асоціації.

У 12 (26,1 %) хворих з обох груп при першому бактеріологічному дослідженні, перед проведенням основного етапу операції, висівали кишкову паличку, в тому числі, в монокультурі – у 5 (10,9 %), в асоціаціях з аеробами і анаеробами – у 7 (15,2 %) хворих. У 18 (39,1 %) хворих при стартовому мікробіологічному дослідженні висівали анаеробну мікрофлору. Гнильна мікрофлора була верифікована у 6 (13,04 %) хворих і представлена *V.fragilis*, *Citrobacter*.

У хворих основної групи, до початку лікування, концентрація мікроорганізмів складала в середньому  $4,8 \pm 0,24 \times 10^8$  КУО/см<sup>3</sup>, у групі порівняння в середньому  $5,2 \pm 0,19 \times 10^8$  КУО/см<sup>3</sup>, ( $p > 0,05$ ).

Місцеве медикаментозне лікування ран промежини у хворих основної групи і групи порівняння на пельвіоректальний, ретроректальний, підковоподібний та панпарапроктит починали вже на завершальному етапі оперативного втручання. Для цього після евакуації гною і некротизованих тканин, проведення локальної некректомії і санації порожнини гнійника у його порожнину вводили марлеві тампони, просякнуті відповідними мазями.

На наступний день в умовах операційної під внутрішньовенним знеболюванням тампони виймали, рану в параректальній клітковині ретельно обробляли розчином перекисю водню і знову заповнювали мазевими тампонами. З врахуванням розмірів порожнини гнійника на одну перев'язку витрачали від 30–40 до 200–220 г мазі. Перев'язки продовжували до повного очищення рани від гнійно–некротичного секвестру у I фазі ранового процесу. Для місцевого лікування у II фазі ранового процесу використовували

препарати зі слабкими сорбційними властивостями на гідрофільно-емульсійній основі.

На 3 добу концентрація мікроорганізмів, висіяних з рани промежини у хворих основної групи і групи порівняння, мало відрізнялася від вихідної. Ліквідація мікробного забруднення рани у хворих основної групи проходила більш інтенсивно, ніж в групі порівняння. Вже на 5-ту добу концентрація мікроорганізмів у основній групі хворих становила  $1,8 \pm 0,29 \times 10^6$  КУО/см<sup>3</sup>. У хворих із групи порівняння в цей же строк концентрація мікроорганізмів становила  $3,03 \pm 0,4 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup> і була достовірно вищою, ніж у основній групі хворих. На 7 добу з дна рани промежини у хворих основної групи висівали поодинокі колонії. У хворих групи порівняння число висіяних колоній на 7 добу складало в середньому  $2,8 \pm 0,3 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>.

Отже, рівень бактеріальної колонізації рани промежини у хворих основної групи на 7-му добу при застосуванні для місцевого лікування мазей «Ацербін» та «Офлокаїн» був мінімальним. У хворих з групи порівняння на 7-му добу висівали поодинокі колонії в концентрації  $10^5$  КУО/см<sup>3</sup> (рис.6.4).

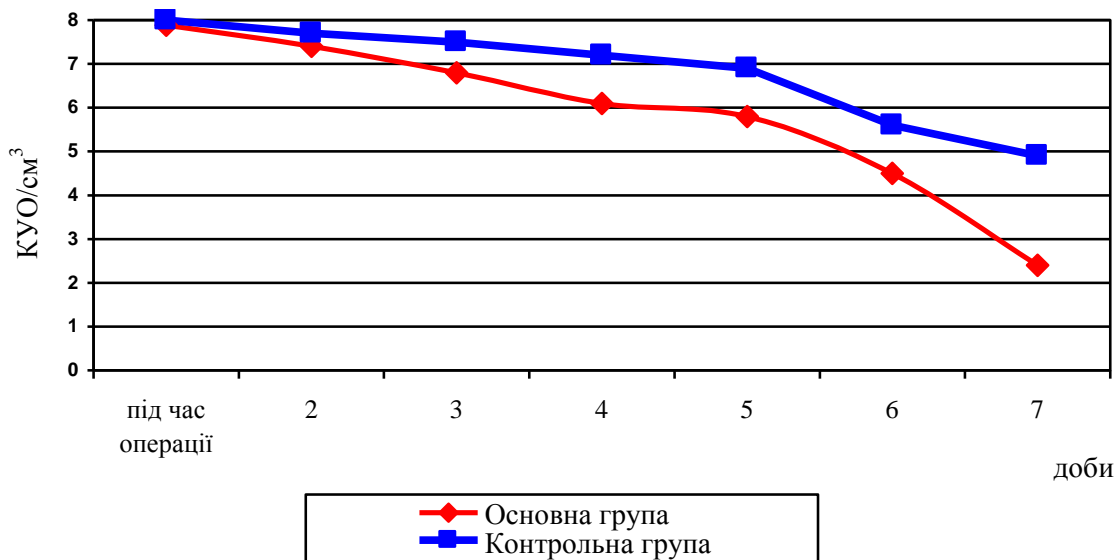


Рис. 6.6 Зміна концентрації мікроорганізмів ран промежини у хворих з пельвіоректальним, ретроректальним, підковоподібним та панпарапроктитом (число КУО/см<sup>3</sup> ранових виділень).

При неускладненому перебігу ранового процесу у хворих обох груп гнійні виділення з рани промежини на 3–4 добу лікування трансформувалися в серозні. При виникненні місцевих гнійних ускладнень ранові виділення знову набували гнійного характеру.

Цьому клінічному критерію відповідали також дані мікробіологічного моніторингу. При нагноєнні рани промежини число мікробних тіл зростало до рівня  $10^{5-6}$  КУО/см<sup>3</sup>, що було одним з об'єктивних показників для проведення повторного оперативного втручання.

Отже, поєднання мазей «Ацербін» та «Офлокаїн» створювало більш вагому протимікробну дію, яка ефективно пригнічувала ріст більшості штамів досліджених збудників ранової інфекції, у порівнянні з мазями «Левосин» і «Левомеколь» (табл. 6.3).

Таблиця 6.3

Антибактеріальні властивості мазей за відношенням до штамів патогенних мікроорганізмів у хворих з пельвіоректальним, ретроректальним, підковоподібним та панпарапроктитом (метод дифузії препарату в агар)

Штам патогенних мікроорганізмів	Кількість штамів	Діаметр зон затримки росту, мм		
		Офлокаїн	Ацербін	Левомеколь
Citrobacter	3	28,6 ± 0,5	30,0 ± 1,1	24,5 ± 1,1
E. coli	12	27,9 ± 0,8	29,5 ± 1,2	23,5 ± 1,1
P. vulgaris	7	28,4 ± 0,7	30,2 ± 1,2	21,0 ± 1,8
B. fragilis	6	27,1 ± 0,9	29,0 ± 1,2	8,6 ± 0,9

Про терміни завершення I фази ранового процесу, які визначаються ефективністю лікувальної дії мазей, констатували за динамікою показників загального стану хворих і візуальній оцінці рани. Оцінка ефективності місцевого лікування у досліджуваних хворих проводилася на основі прямих і непрямих критеріїв, які дозволяють аналізувати динаміку ранового процесу в гнійній порожнині (табл. 6.4).

Деякі показники ефективності місцевого лікування операційних ран у хворих із ретроректальним, пельвіоректальним, підковоподібним і панпарапроктитом

Клінічний показник	Групи хворих, (n=46)	
	Група порівняння (n=20)	Основна група (n=26)
Усунення місцевого больового синдрому, (доба)	8,75±0,19	8,04±0,40
Ліквідація перифокальної інфільтрації тканин, (доба)	7,65±0,20	7,1±0,24
Некролізис за трансформацією ранових виділень, (доба)	8,2±0,16	7,31±0,16 *
Поява грануляцій у видимій частині рани, (доба)	9,7±0,26	8,7±0,20

*Примітка.* \* – різниця показників достовірна у порівнянні з такою у групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

В результаті проведеного місцевого лікування у хворих групи порівняння вторинне інфікування ран промежини виникло у 4 (20 %) хворих. При проведенні мікробіологічних досліджень рани промежини на 5 день цих хворих були висіяні *B. fragilis* та *Peptostreptococcus anaerobius* в концентрації  $3,8 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup> та  $4,6 \times 10^8$  КУО/см<sup>3</sup>, відповідно. У одного хворого в цей же термін висіяна паличка синьо-зеленого гною в концентрації  $2,3 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup>, ще у одного хворого з ранових виділень була висіяна асоціація *B. fragilis* + *E. coli* в концентрації  $3,4 \times 10^8$  КУО/см<sup>3</sup>. Вказане свідчить про недостатню протимікробну активність мазей «Левомеколь» та «Левосин». Терміни стаціонарного лікування хворих основної групи склали  $35,4 \pm 0,16$  доби, а у хворих групи порівняння –  $36,8 \pm 0,19$  доби, ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, при місцевому лікуванні у першу фазу ранового процесу мазями «Ацербін» і «Офлокаїн» ліквідація мікробного забруднення рани у хворих основної групи проходила більш інтенсивно, ніж в групі порівняння. Так, на 7 добу з дна ран промежини у хворих основної групи висівали

поодинокі колонії. У хворих групи порівняння, число висіяних колоній на 7 добу складало в середньому  $2,8 \pm 0,3 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. Крім того, некролізис рани промежини проходив у хворих основної групи в середньому на  $7,31 \pm 0,16$  добу, а у хворих групи порівняння – на  $8,2 \pm 0,16$  добу, ( $p < 0,05$ ). Появу грануляцій у видимій частині рани відмічено у хворих основної групи на  $8,7 \pm 0,2$  добу, у хворих групи порівняння – на  $9,7 \pm 0,26$  добу, ( $p < 0,05$ ).

Отже, застосування для місцевого лікування ран промежини у хворих на пельвіоректальну, ретроректальну, підковоподібну форми ГП, а також панпарапроктит, мазі «Ацербін» дозволило статистично достовірно прискорити перебіг стадій ранового процесу, сприяло ефективному очищенню рани від гнійно–некротичних тканин.

### 6.3. Результати місцевого лікування операційних ран промежини і анального каналу у хворих із глибокими формами гнильного парапроктиту

У 10 хворих ГП перебігав за типом гнійно–некротичного процесу без феномену газоутворення. Результати вихідного (первинного забору матеріалу) бактеріологічного дослідження показали, що гнильна мікрофлора виявлена у всіх 10 хворих. Вона була представлена *B.fragilis*, *Citrobacter*, *Proteus vulgaris* в монокультурі у 8 хворих (80 %) та в асоціаціях *Staphylococcus* + *Proteus vulgaris* у двох хворих. Середній рівень концентрації мікроорганізмів у хворих до оперативного втручання складав  $5,42 \pm 0,39 \times 10^8$  КУО/см<sup>3</sup>.

Ішіоректальну форму ГП діагностовано у 5 (50 %) хворих, пельвіоректальну – у 3 (30 %), підковоподібну – у 2 (20 %) хворих. Всі хворі звернулися за медичною допомогою через 6–12 діб від початку захворювання. Такі пізні строки госпіталізації значно обтяжували стан хворих, супроводжувалися розширенням обсягу оперативного втручання і погіршували прогноз захворювання. Гнійно–некротичний процес був

обмежений тільки промежиною у 6 (60 %) хворих, поширювався на обидві сідничні ділянки – у 3 (30 %) хворих, поширювався на ліве стегно у одного хворого. Гнильний процес промежини мав форму некротичного целюліту і переходив з одного клітковинного простору на інший у 2 хворих, некротичний фасціт виявлено у 3 хворих, некротична флегмона калитки виникла у 2 хворих.

Гнильно–некротична рана промежини у хворих в перші 2–3 доби після оперативного втручання мала специфічний вигляд і характеризувалася певними особливостями зміни фаз ранового процесу. Тому, при застосуванні звичайних місцевих засобів лікування не слід було очікувати звичної динаміки, що ускладнює або не дозволяє дати об'єктивну оцінку загального стану хворих.

У обстежених нами хворих, вже з першої доби після операції, значно посилювався набряк тканин, що оточують рану і краї самої рани. Дно рани покривалося гнійно–фібринозними нашаруваннями білого або сірого кольору. Виділення з рани були переважно незначними "брудно–сірого" кольору.

У даної групи хворих проводилася ендолімфатична антибіотикотерапія та місцеве лікування ран промежини в першу фазу ранового з першої доби після операції маззю «Ацербін» (Австрія) на протязі 4–5 діб.

При проведенні антибактеріальної терапії та місцевого лікування операційних ран вже з 5–ої доби лікування спостерігали зменшення запальної інфільтрації та перифокального набряку країв рани, інтенсивності гнійно–некротичних нашарувань на стінках та дні рани.

Протягом наступних 6–10 днів лікування відмічали зникнення гіперемії шкіри, зменшення перифокального набряку та запальної інфільтрації рани, місцями залишалися некротизовані тканини, нашарування фібрину. Завершення процесу некролізу рани та появу крайової епітелізації відзначали на 14–15 добу.

Зменшення больового синдрому у хворих після операції відмітили в середньому на  $6,9 \pm 0,41$  добу, гіперемія шкіри зникала в середньому на  $8,2 \pm 0,83$  добу, набряк м'яких тканин – на  $10,93 \pm 0,75$  добу.

Строки очищення рани промежини від гнильно–некротичних мас залежали від тяжкості клінічного перебігу захворювання, глибини залягання та поширеності гнильного процесу. Найбільш швидко очищення рани наступало при ішіоректальному ГП. При пельвіоректальному гнильному ГП, глибокому розташуванні та значному поширенні гнійно–некротичного процесу в параректальній клітковині, строки очищення рани склали в середньому –  $11,9 \pm 0,81$  доби. Поява грануляцій у видимій частині рани відмічена в середньому на  $12,4 \pm 1,6$  добу.

На 3–тю добу після оперативного втручання бактеріальне забруднення рани підтверджене у всіх хворих, в середньому  $4,2 \pm 0,3 \times 10^7$  КУО/см<sup>3</sup>. Рівень бактеріальної контамінації становив в середньому  $3,1 \pm 0,21 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. На 7–му добу після оперативного втручання повну бактеріологічну санацію ран відмічено у 8 (66,7 %) хворих. У двох хворих середній рівень концентрації збудників гнійного процесу становив  $2,4 \pm 0,2 \times 10^4$  КУО/см<sup>3</sup>, тобто мікробна контамінація не переважала критичний рівень –  $10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. У одного хворого після операції діагностовано неадекватне дренивання рани промежини, що потребувало повторного оперативного втручання: ревізії рани з некректомією. Середній термін перебування хворих в стаціонарі становив  $27,5 \pm 0,6$  доби.

Отже, у хворих на глибокі форми гострого гнильного парапроктиту мікрофлора виявлена у всіх 10 хворих. Вона була представлена *V.fragilis*, *Citrobacter*, *Proteus vulgaris* в монокультурі у 8 хворих (80 %) та в асоціаціях *Staphylococcus* + *Proteus vulgaris* у двох хворих. Середній рівень концентрації мікроорганізмів до оперативного втручання складав  $5,42 \pm 0,39 \times 10^8$  КУО/см<sup>3</sup>.

В результаті ендолімфатичної антибіотикотерапії та місцевого лікування ран промежини маззю «Ацербін», зменшення больового синдрому в хворих

після операції відмітили в середньому на  $6,9 \pm 0,41$  добу, гіперемія шкіри зникла в середньому на  $8,2 \pm 0,83$  добу, набряк м'яких тканин – на  $10,93 \pm 0,75$  добу. На 7-му добу після оперативного втручання повну бактеріологічну санацію ран відмічено у 8 (66,7 %) хворих. У двох хворих середній рівень концентрації збудників гнійного процесу у ці ж строки не перевищував критичний рівень –  $10^5$  КУО/см<sup>3</sup>.

Таким чином, нами було вивчено ефективність місцевого лікування ран промежини у першу фазу ранового процесу у 62 хворих. Проведені нами дослідження у 32 хворих, яким у першу фазу ранового процесу застосовували мазі «Ацербін» і «Офлокаїн», показали їх високу ефективність у забезпеченні некролізу і наступного загоєння рани. Групу порівняння склали 30 хворих у яких застосовували мазь «Левомеколь».

Результати мікробіологічного дослідження у 16 хворих з ішіоректальним ГП показали, що у 50 % хворих основної групи гнійна мікрофлора представляла монокультуру, у 2 висіяні аеробні асоціації, у одного хворого висіяні анаеробні мікроорганізми. У групі порівняння монокультура висіяна у 60 % хворих, аеробні асоціації – у 20 %, анаеробні мікроорганізми – у 20 % хворих. Ліквідація мікробного забруднення рани у хворих основної групи з ішіоректальним ГП проходила більш інтенсивно, ніж в групі порівняння, причому на 5 і 7 доби лікування різниця була достовірною. Некролізис в рані промежини настував у хворих основної групи в середньому на  $5,8 \pm 0,31$  добу, а у хворих групи порівняння в середньому на  $7,4 \pm 0,22$  добу, ( $p < 0,05$ ). Поява грануляцій в видимій частині рани відмічена у хворих основної групи в середньому на  $7,7 \pm 0,33$  доби, а у хворих групи порівняння в середньому – на  $9,3 \pm 0,3$  добу, ( $p < 0,05$ ).

Результати мікробіологічного дослідження у 46 хворих на пельвіоректальний, ретроректальний, підковоподібний та панпарапроктит показали, що у 53,8 % хворих основної групи гнійна мікрофлора представляла монокультуру, у (26,9 %) висіяні асоціації аеробів з анаеробами, у 15,4 %



хворих висіяні анаеробні мікроорганізми, у одного хворого – аеробно–аеробні асоціації. Серед групи порівняння мікрофлора в монокультурі висіяна у 45 %, аеробні асоціації – у 20 %, анаеробні мікроорганізми у 20 % хворих, аеробно–анаеробні асоціації – у 15 % хворих. На 7 добу з дна промежинних ран у хворих основної групи, яким при місцевому лікуванні ран промежини використовували мазі «Ацербін» і «Офлокаїн» у першу фазу ранового процесу, висівали поодинокі колонії. У хворих групи порівняння, число висіяних колоній на 7 добу складало в середньому  $2,8 \pm 0,3 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. Крім того, некролізис рани промежини проходив у хворих основної групи в середньому на  $7,31 \pm 0,16$  добу, а у хворих групи порівняння – на  $8,2 \pm 0,16$  добу, ( $p < 0,05$ ). Появу грануляцій в видимій частині рани відмічено у хворих основної групи на  $8,7 \pm 0,2$  добу, а у хворих групи порівняння – на  $9,7 \pm 0,26$  добу, ( $p < 0,05$ ).

В результаті проведеної ендолімфатичної антибіотикотерапії та місцевого лікування ран промежини маззю «Ацербін» у 10 хворих на глибокі форми гострого гнильного парапроктиту, зменшення больового синдрому у хворих після операції відмітили в середньому на  $6,9 \pm 0,41$  добу, гіперемія шкіри зникла в середньому на  $8,2 \pm 0,83$  добу, набряк м'яких тканин – на  $10,93 \pm 0,75$  добу. На 7–му добу після оперативного втручання повну бактеріологічну санацію ран відмічено у 8 (66,7 %) хворих. У двох хворих середній рівень концентрації збудників гнильного процесу у ці ж строки не перевищував критичний рівень ( $10^5$  КУО/см<sup>3</sup>).

В основній групі хворих місцевих ускладнень з боку рани промежини не було. Місцеві гнійні ускладнення виникли у 7 (23,3 %) з 30 хворих групи порівняння.

При місцевому лікуванні ран маззю «Ацербін» некролізис рани промежини проходив достовірно швидше та віддбувалася поява ранніх грануляцій, ніж у хворих групи порівняння. Так, у хворих основної групи на ішіоректальний ГП некролізис в рані промежини наступав в середньому на 5,8

$\pm 0,31$  добу, а у хворих групи порівняння в середньому на  $7,4 \pm 0,22$  добу, ( $p < 0,05$ ). Поява грануляцій у видимій частині рани відмічена у хворих основної групи в середньому на  $7,7 \pm 0,33$  доби, а у хворих групи порівняння в середньому – на  $9,3 \pm 0,3$  добу, ( $p < 0,05$ ). У хворих на пельвіоректальний, ретроректальний, підковоподібний ГП та панпарапроктит некролізис в рані основної групи проходив на  $7,31 \pm 0,16$  добу, а у хворих групи порівняння – на  $8,2 \pm 0,16$  добу, ( $p < 0,05$ ). Появу грануляцій у видимій частині рани відмічено у хворих основної групи на  $8,7 \pm 0,2$  добу, а у хворих групи порівняння – на  $9,7 \pm 0,26$  добу, ( $p < 0,05$ ).

Отже, у 32 (56,1 %) хворих основної групи при застосуванні мазі «Ацербін» і «Офлокаїн» некролізис в рані завершувався на  $7,03 \pm 0,18$  добу, появу грануляцій у видимій частині рани відмічали на  $8,53 \pm 0,2$  добу. На 7 добу місцевого лікування відмічали повну бактеріологічну санацію рани чи висівали поодинокі колонії мікроорганізмів. У 30 (54,5 %) хворих групи порівняння при застосовуванні мазі «Левомеколь» некролізис в рані завершувався на  $7,93 \pm 0,14$  добу, появу грануляцій у видимій частині рани відмічали на  $9,57 \pm 0,2$  добу, ( $p < 0,01$ ). У хворих групи порівняння на 7 добу число висіяних колоній складало в середньому  $2,8 \pm 0,3 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. Таким чином, застосування мазі «Ацербін» і «Офлокаїн» у першу фазу ранового процесу у хворих на глибокі форми ГП забезпечувало скорочення термінів некролізису, появи грануляцій і бактеріологічної санації рани.

Результати наших досліджень, відображені в цьому розділі, висвітлені в наступних наукових роботах [137, 164, 165, 167, 170, 171].

## РОЗДІЛ 7

## АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Частота глибоких форм ГП в структурі невідкладної проктології невинно зростає. Питома вага глибоких форм захворювання серед госпіталізованих хворих з діагнозом “гострого парапроктиту” коливається в межах від 30 % до 62 % [2, 10]. В структурі оперативних втручань, виконаних з причини ГП і хронічних нориць прямої кишки, складають 21,8 %, поступаючись лише втручанням при геморої [29, 30, 31, 32]. При нерадикальному оперативному втручанні з приводу глибоких форм ГП частота рецидиву захворювання складає 50–98,4 %, утворення нориць відзначають у 47–50 %, недостатність анального сфінктера – у 2,3–33 % хворих [12]. За даними окремих авторів частота рецидиву при хірургічному лікуванні глибоких форм ГП, навіть після виконання радикальної операції, сягає 30 % і не має тенденції до зниження [13, 14, 15].

За нашими даними, частота виявлення глибоких форм ГП за період з 2005 по 2010 рр. складала 34,6 %. При нерадикальному оперативному втручанні частота рецидиву становила 20 %, утворення параректальних нориць відзначили у 16 % хворих.

Скарги хворих, об’єктивне дослідження і клінічна симптоматика глибоких форм ГП часто є малоінформативними, що вимагає застосування додаткових інструментальних методів діагностики [75].

Серед традиційних інструментальних методів діагностики ГП найчастіше застосовують ректороманоскопію. Однак, підготовка до цього обстеження і її діагностична цінність не можуть задовільняти дослідників. За даними ряду авторів, діагностична цінність РРС складає 40–60 %, а труднощі під час підготовки до обстеження виникають у 40 % хворих [32].

За нашим даними, діагностична цінність РРС склала 55,9 %. Однак, труднощі у підготовці прямої кишки до ендоскопічного обстеження спонукали нас до використання інших методів діагностики.

Якість діагностики хворих на ГП була суттєво покращена завдяки використанню неінвазивних інструментальних методів дослідження, головне значення серед яких має УСГ параректальної клітковини. Застосування методу дозволяє уточнити локалізацію гнійника і “вторинних” гнійних запалтів, що має важливе значення для виконання методу оперативного втручання [76, 77].

За даними ряду авторів застосування УСГ за допомогою черезшкірного датчика з боку передньої черевної стінки забезпечує підвищення якості діагностики і дозволяє встановити правильний діагноз у 90 % обстежених хворих [21].

Діагностичну цінність УСГ у визначенні і уточненні локалізації гнійника нами проаналізовано у 42 (37,5 %) хворих. УСГ з використанням черезшкірного конвексного датчика з боку стінки живота і промежини було проведено у всіх 42 хворих, ендоректальним датчиком – у 7 (16,7 %) хворих. Діагностична цінність УСГ за допомогою черезшкірного датчика з боку живота становила 9,5 % (діагноз встановлений у 4 із 42 хворих), за допомогою черезшкірного датчика з боку промежини – 47,6 % (діагноз встановлений у 20 із 42 хворих); при ендоректальному дослідженні – 85,7 % (діагноз встановлений у 6 із 7 хворих). На загал, діагностична цінність УСГ у виявленні гнійного вогнища у хворих на глибокі форми ГП, за нашими даними, склала 71,4 %, у виявленні первинного гнійного ходу – 21,4 %.

Для діагностики глибоких форм ГП рекомендують також використовувати комп'ютерну томографію і МРТ [79]. МРТ має більшу розрішувачу здатність за відношенням до м'яких тканин і рідинних утворень, є більш інформативним у порівнянні з іншими візуалізаційними методами діагностики ГП, включаючи ендоректальну УСГ. Особливо важливою є роль МРТ в детальній оцінці співвідношень внутрішнього і зовнішнього сфінктерів

та оточуючих прямої кишки м'яких тканин до параректального гнійника і первинного гнійного ходу. У малоінформативних, сумнівних випадках і неінформативності УСГ у 15 хворих на глибокі форми ГП ми застосували МРТ. Нами вдосконалена методика проведення обстеження за допомогою МРТ, яка полягала у додатковому контрастуванні прямої кишки. Згідно цієї методики, після очищення прямої кишки, в положенні хворого на лівому боці, в анальний канал вводили ендоректальний зонд на глибину 5 см. За допомогою шприца Жане в пряму кишку вводили 800 мл 0,9 % –ного розчину натрію хлориду, температурою 25–30<sup>0</sup> С. Для запобігання витікання розчину кінець зонда закривали пластиковим ковпачком. Потім хворого переводили в положення на спині і проводили обстеження. За нашими даними, діагностична інформативність МРТ у виявленні гнійного вогнища у хворих із глибокими формами ГП при контрастуванні прямої кишки склала 91,7 %, виявленні первинного гнійного ходу – 83,3 %, що суттєво покращило доопераційну діагностику.

На основі проведених досліджень доцільним вважаємо застосування ступеневого алгоритму діагностики у хворих із глибокими формами ГП. Цей алгоритм повинен включати: об'єктивне обстеження хворого з аналізом загальних та місцевих симптомів захворювання. В подальшому необхідно проводити ретельний проктологічний огляд. При відсутності верифікації діагнозу раціональним є застосування інструментальних методів дослідження, серед яких РРС (при відсутності протипоказів), УСГ (транскутанний та ендоректальний методи). В складних для діагностики випадках слід використовувати МРТ з контрастним підсиленням прямої кишки.

За даними ряду авторів тяжкість стану хворих при глибоких формах ГП зумовлюється локалізацією та поширеністю гнійного процесу, характером інфекції і реактивністю організму [6, 9]. Ці дані співставимі з результатами проведених нами досліджень.

На основі клініко–лабораторного дослідження 112 хворих з глибокими формами ГП нами встановлено, що ССЗВ мав місце у 104 (92,9 %) із 112

хворих на глибокі форми ГП. Тяжкість стану хворих на глибокі форми ГП оцінювали за системою ASA (American Society of Anesthesiologists) [158]. За системою ASA із 112 хворих на глибокі форми ГП загальний стан перед операцією був задовільним лише у 15 (13,4 %), тяжким, що обмежувало їх повсякденну активність, але не приводило до повної втрати працездатності – у 69 (61,6 %) хворих, тяжким, що приводило до повної втрати працездатності та представляло постійну загрозу життю – у 28 (25 %) хворих. У 28 хворих на час госпіталізації були виражені прояви органної дисфункції хоча б однієї системи (дихальної, серцево–судинної, ниркової, печінкової чи центральної нервової). За системою SAPS у 15 (57,1 %) хворих з глибокими формами ГП основної групи прогнозували тяжкий перебіг захворювання з ймовірною летальністю 44,2 % і вище. Як показали наші дослідження, збільшення кількості лейкоцитів в периферичній крові понад  $9 \times 10^9$  г/л мало місце у 104 (92,8 %) із 112 хворих, прискорену ШОЕ відзначено у 78 (69,6 %) хворих.

Значний клінічний досвід, накопичений хірургами–проктологами свідчить про переваги диференційованого підходу до вибору методу операції, який залежить від конкретних клініко–морфологічних характеристик кожного випадку захворювання [82, 85]. Хірургічне лікування глибоких форм ГП до сьогоденішнього часу залишається невирішеною проблемою. Оперативні втручання можуть бути виконані радикально або мають нерадикальний характер, обмежуючись розкриттям і дрениванням гнійника [5, 14]. У більшості публікацій останніх років автори доводять переваги одномоментних радикальних операцій при глибоких формах ГП [3]. Суть цих втручань полягає не тільки в розкритті абсцесу і можливих гнійних натічників, але й в обов'язковій ліквідації з'єднання основного гнійника з просвітом кишки шляхом висічення первинного гнійного ходу і його внутрішнього отвору в стінці слизової оболонки анального каналу [45, 61]. Виявлення внутрішнього отвору дозволяє визначити відношення первинного гнійного ходу до анального сфінктера, а при транссфінктерній його локалізації – до його м'язової порції, що суттєво впливає на вибір самого методу одномоментної

радикальної операції [13]. На жаль, виявлення внутрішнього отвору гнійника при глибоких формах ГП часто представляє значні труднощі, а в ряді випадків знайти його не вдається [88].

Серед обстежених нами 112 хворих ішіоректальний ГП був діагностований у 60 (53,6 %) хворих, пельвіоректальний ГП – у 11 (9,8 %), ретроректальний ГП – у 16 (14,3 %), підковоподібний ГП – у 15 (13,4 %), панпарапроктит (флегмона тазу) – у 10 (8,9 %) хворих.

Із 60 хворих на ішіоректальний ГП у 39 (65 %) виконані первинно–радикальні оперативні втручання, у 21 (35 %) хворих застосовані нерадикальні оперативні втручання. У 30 хворих основної групи із ішіоректальним ГП первинна радикальна операція з розкриттям гнійника і розсіченням первинного гнійного ходу на уражену крипту виконана у 12 (40 %) хворих, розкриття гнійника з ізольованою криптектомією і дозованою задньою сфінктеротомією – у 8 (26,7 %) хворих, у 10 (33,3 %) хворих виконане нерадикальне оперативне втручання. Отже, при застосуванні розпрацьованих нами підходів у основній групі хворих первинні радикальні операції проведені у 20 (66,7 %) хворих. Серед 30 хворих групи порівняння первинно–радикальні операції здійснені у 16 (53,3 %) хворих. У хворих на ішіоректальний ГП, прооперованих нерадикально, другий етап хірургічного лікування вже з приводу сформованої параректальної нориці виконували через  $30 \pm 0,7$  діб після першої операції. Строки проведення другого етапу операції залишаються предметом наукової дискусії і на сьогоднішній день. Так, за даними літератури виконання другого етапу лікування ГП автори рекомендують після стихання гнійно–некротичні фази запалення на 8–10 добу [83], 10–15 добу [34], 25–30 добу [32] і навіть через 2–2,5 місяці після першого оперативного втручання [9].

Пельвіоректальний ГП діагностовано у 11 (9,8 %) хворих. У клінічній симптоматиці переважали ознаки ССЗВ. У 6 хворих при госпіталізації були діагностовані гнійні натічки на калитку, стегно, передню черевну стінку. Серед 6 хворих основної групи оперативне втручання виконували з

врахуванням даних доопераційних УСГ та МРТ параректальної клітковини і застосуванням додаткових промежинних розрізів за запропонованою нами методикою. У 4 (66,7 %) хворих основної групи виконали ізольоване висічення ураженої крипти та дозовану задню сфінктеротомію. У двох хворих, в яких не вдалося виявити уражену анальну крипту та первинний гнійний хід, виконано розкриття, санацію та дренування гнійника. У 5 хворих групи порівняння первинно–радикальна операція виконали у 2 (40 %) хворих шляхом розкриття гнійника та проведення шовкової лігатури, нерадикальна операція – розкриття, санація та дренування гнійника виконали у 3 хворих. Ранні післяопераційні ускладнення гострого парапроктиту виникли у 2 хворих із групи порівняння, оскільки не був ліквідований гнійний заплив на протилежній стороні. Ці ускладнення були усунуті в день їх виникнення при повторних оперативних втручаннях. З 11 хворих на пельвіоректальний ГП у 5 первинний гнійний хід розміщувався екстрасфінктерно, у 2 – трансфінктерно, охоплюючи основну порцію анального сфінктера. У 4 хворих внутрішній отвір первинного гнійного ходу виявити не вдалося. При аналізі відношення первинного гнійного ходу до м'язової маси анального сфінктера встановлено, що частіше мала місце екстрасфінктерна його локалізація, а внутрішній отвір гнійного ходу розміщувався в задній крипті. Отже, при застосуванні розпрацьованих нами підходів у основній групі хворих первинні радикальні операції проведені у 66,7 % хворих. Серед хворих групи порівняння первинно–радикальні операції здійснені лише у 40 % хворих.

Ретроректальна форма захворювання діагностована у 16 (14,3 %) хворих, підковоподібний ГП – у 15 (13,4 %) із 112 хворих. З 31 хворого із ретроректальним і підковоподібним ГП гнійні натічники діагностовані у 11 (35,5 %) хворих.

У 16 хворих основної групи для підвищення якості діагностики до проведення оперативного втручання було застосовано УСГ і МРТ. При цьому локалізацію гнійника в параректальних клітковинних просторах встановлено у



14 (87,5 %) хворих. Первинний гнійний хід та внутрішній отвір ураженої анальної крипти діагностовано у 6 (37,5 %) хворих. У 13 хворих основної групи, у яких встановлено екстрасфінктерне розташування первинного гнійного ходу та візуалізований внутрішній отвір на ураженій анальній крипті, проведено первинне радикальне втручання – ізольоване висічення ураженої крипти та дозовану задню сфінктеротомію у 9 хворих, розкриття гнійника в просвіт прямої кишки при транссфінктерному розташуванні первинного гнійного ходу, який захоплював менше половини анального сфінктера, – у 4 хворих. У трьох хворих, в яких не вдалося виявити уражену анальну крипту та первинний гнійний хід, виконали розкриття, санацію та дренивання гнійника. Серед 15 хворих групи порівняння первинно–радикальні операції проведені у 5 шляхом розкриття гнійника та проведення шовкової лігатури (3 хворих), розсічення гнійника в просвіт прямої кишки (2 хворих). У решти 10 хворих виконано розкриття та дренивання гнійника. Отже, при застосуванні розпрацьованих нами підходів у досліджуваній групі хворих з ретроректальним і підковоподібним ГП первинні радикальні операції виконані у 81,25 % хворих. Серед хворих групи порівняння вони здійснені у 33,3 % хворих.

Особливі труднощі виникали при хірургічному лікуванні хворих на панпарапроктит. Оперативне втручання у цих хворих передбачало широке розсічення гнійника до його межі з неушкодженими тканинами за допомогою одного або двох дугоподібних (півмісяцевих) розрізів. Некротизовані тканини максимально висікали до появи “кров’яної роси”. Внутрішній отвір в анальному каналі не висікали, щоб уникнути пересічення значної порції зовнішнього сфінктера. У 5 хворих основної групи і 5 хворих із групи порівняння первинно–радикальні оперативні втручання на жаль провести не вдалося. Термін перебування хворих в стаціонарі з гнильно–некротичною формою в наших дослідженнях становив в середньому  $27,5 \pm 0,6$  доби, що на  $3 \pm 0,8$  доби менше від відомих літературних даних [27].

Отже, розпрацьовані нами підходи до діагностики та комплексного хірургічного лікування ГП, спрямовані на встановлення локалізації гнійника в параректальних клітковинних просторах, візуалізації первинного гнійного ходу і ураженої крипти, що дозволило виконати первинно–радикальні оперативні втручання у 37 (64,9 %) із 57 основної групи хворих. У хворих групи порівняння первинно–радикальні втручання були проведені у 23 (41,8 %) із 55 хворих.

При порівняльному аналізі результатів лікування хворих, встановлено що відсоток ранніх післяопераційних ускладнень у хворих основної групи, де була застосована запропонована програма діагностики та лікування, становив 1,7 % (один хворий), а в групі порівняння – 9,1 % (5 хворих). Переважно, це були ускладнення з сторони післяопераційної рани внаслідок помилок в місцевому лікуванні: формування «нового» параректального гнійника із–за поширення гнійного процесу на протилежну сторону промежини чи сусідні анатомічні ділянки. Ці ускладнення усували під час повторної хірургічної обробки рани із наступним застосуванням раціональної антибіотикотерапії та місцевого лікування. Помер один хворий групи порівняння з “блискавичною” формою флегмони тазу на фоні поліорганної недостатності та тяжкої супутньої патології (цукровий діабет II типу, тяжкий перебіг, облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок). Таким чином, результати аналізу проведених оперативних втручань у 112 хворих показують переваги одномоментного радикального хірургічного лікування хворих на глибокі форми ГП. Застосована програма лікування хворих на глибокі форми ГП дала можливість знизити кількість ранніх післяопераційних ускладнень в 2,5 раза.

Ряд інших авторів у хворих на глибокі форми ГП віддають перевагу двохетапним оперативним втручанням [18, 19]. Тактика двохетапного лікування передбачає розкриття і дренажування гнійника на першому етапі з наступним (через 2–2,5 місяці) закриттям внутрішнього отвору в стінці анального каналу шляхом переміщення слизової оболонки прямої кишки за типом операції Джада–Рабле або Масляка [34].

Для забезпечення умов кращого дренажу глибоких гнійників, попередження прогресування ССЗВ і поширення гнійного процесу на сусідні ділянки нами у 20 (35,1 %) із 57 хворих основної групи застосовано додаткові радіальні промежинні розрізи (патент України № 41249). Метою проведення додаткових промежинних розрізів було запобігання розвитку флегмони тазу та поширення гнійного процесу на сусідні анатомічні ділянки (калиту, стегно, поперекову ділянку). Виконання додаткових промежинних розрізів дозволило попередити поширення гнійного процесу на сусідні клітковинні простори тазу у всіх хворих досліджуваної групи завдяки пересіченню мікросудинного русла лімфатичних колекторів клітковинних тазових просторів. Для цього, після виконання основних етапів оперативного втручання, проводили два додаткові розрізи шкіри, підшкірної жирової клітковини, поверхневої фасції тазу і уражених глибоких клітковинних просторів на промежині в радіальному напрямі на межі запального набряку перианальної ділянки і незміненої шкіри, довжиною 4–7 см. Вже на 2–3 добу після операції відмічали зменшення набряку перианальної ділянки, що створювало сприятливі умови для повноцінного загоєння ран вторинним натягом. Рани промежини у цих хворих загоювались м'яким рубцем, не деформуючи ділянку анального отвору, що забезпечило отримання добрих функціональних результатів.

Результати стартового мікробіологічного дослідження гнійних вогнищ у 48 хворих обох досліджуваних груп показали, що у 31 (64,6 %) хворих гнійна мікрофлора представляла монокультуру. У 17 (35,4 %) хворих були висіяні асоціації мікроорганізмів. Серед виявлених мікроорганізмів відмічено перевагу *E. coli*, як в монокультурі, так і в асоціаціях у 18 (37,5 %) хворих. Переважання анаеробної неклостридіальної флори було характерним для хворих на ішіо-, ретро-, пельвіоректальні і підковоподібні форми ГП із транссфінктерним первинним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язової маси або екстрасфінктерним гнійним ходом.

При аналізі антибіотикограм нами було встановлено, що аеробні збудники, представлені протеєм, стафілококами, кишковою паличкою були найбільше чутливі до левофлораксацину, амоксиклаву, імпіпенему, амікацину, кліндаміцину. Анаеробна флора проявляла чутливість до амоксиклаву, імпіпенему, кліндаміцину, метронідазолу. Згідно проведених бактеріологічних досліджень найбільш повним антимікробним спектром дії володіли фторхінолони II і III генерації та карбапенеми.

Зверхкоротку антибіотикопрфілактику до– і впродовж першої доби після операції проведено у 14 (53,8 %) із 26 хворих першої групи. Показанням до застосування режиму зверхкороткої антибіотикопрфілактики вважали наявність ізольованого, чітко обмеженого параректального гнійника, відсутність тяжких проявів ССЗВ чи органної дисфункції. На 7–му добу після оперативного втручання повну бактеріологічну санацію ран в основній групі відмічено у 5 (35,7 %) із 14 хворих. У групі порівняння, в ці же строки повна бактеріологічна санація була лише у 2 (16,7 %) з 12 хворих.

Антибактеріальну терапію застосовано у 22 хворих із ішіо–, ретро–, пельвіоректальним і підковоподібним ГП та трансфінктерним первинним гнійним ходом, який захоплював більше половини м'язевої маси або екстрасфінктерним первинним гнійним ходом. Показанням до застосування антибіотиколікування вважали нелокалізовану форму гнійного запалення у вигляді флегмони, гнильно–некротичний характер місцевого процесу, тяжкі прояви ССЗВ чи наявність органної дисфункції хоча би одного органа. Хворі були поділені на основну групу (10 хворих, яким використовували ендолімфатичний шлях) та групу порівняння (12 хворих, яким застосували внутрішньовенне введення антибіотика). Встановлено, що у хворих основної групи при ендолімфатичному введенні антибіотика строки нормалізації основних проявів ССЗВ відбувалися на  $6,8 \pm 0,49$  доби. У хворих групи порівняння, при внутрішньовенному введенні антибіотиків, основні прояви ССЗВ були в межах норми на  $8,83 \pm 0,36$  добу, ( $p < 0,05$ ).

В зв'язку зі зміною характеру мікрофлори ран за останні роки особливої уваги потребують методики післяопераційного місцевого лікування рани в залежності від адекватності хірургічної обробки гнійного вогнища, а також характеру ранової мікрофлори [36]. Ряд авторів відзначають суттєві особливості у перебігу ранового процесу ран промежини та анального каналу, наголошуючи на недопустимості рутинного застосування місцевих середників [123, 124, 125 ].

Нами було вивчено ефективність місцевого лікування ран промежини у першу фазу ранового процесу у 62 хворих на глибокі форми ГП. Основну групу склали 32 хворих, яким у першу фазу ранового процесу застосовували мазі «Ацербін» і «Офлокаїн». Групу порівняння склали 30 хворих у яких застосовували мазь «Левомеколь». Метою проведення місцевого лікування в нашому дослідженні було забезпечення ефективного некролізису нежиттєздатних тканин рани промежини і анального каналу у першу фазу ранового процесу.

Встановлено, що мазь «Ацербін» ефективно пригнічує ріст збудників інфекції в гнійному вогнищі, причому з 5-ої доби лікування різниця в рівнях мікробного обсіменіння рани, незалежно від форми ГП, була достовірною. При місцевому лікуванні ран маззю «Ацербін» некролізис рани промежини та поява грануляцій проходили достовірно швидше, ніж у хворих групи порівняння, у яких місцеве лікування проводили мазями «Левомеколь». Так, у хворих основної групи на ішіоректальний ГП некролізис в рані промежини настував в середньому на  $5,8 \pm 0,31$  добу, а у хворих групи порівняння в середньому на  $7,4 \pm 0,22$  добу, ( $p < 0,05$ ). Поява грануляцій у видимій частині рани відмічена у хворих основної групи в середньому на  $7,7 \pm 0,33$  доби, а у хворих групи порівняння в середньому – на  $9,3 \pm 0,3$  добу, ( $p < 0,05$ ). У хворих на пельвіоректальний, ретроректальний, підковоподібний ГП та панпарапроктит некролізис у хворих основної групи проходив на  $7,31 \pm 0,16$  добу, у хворих групи порівняння – на  $8,2 \pm 0,16$  добу, ( $p < 0,05$ ). Появу грануляцій у видимій частині рани відмічено у хворих основної групи на  $8,7 \pm 0,2$  добу, а у хворих групи порівняння – на  $9,7 \pm 0,26$  добу, ( $p < 0,05$ ).

Отже, у 32 (56,1 %) хворих основної групи при застосуванні мазі «Ацербін» і «Офлокаїн» некролізис в рані завершувався на  $7,03 \pm 0,18$  добу, появу грануляцій у видимій частині рани відмічали на  $8,53 \pm 0,2$  добу. На 7 добу місцевого лікування відмічали повну бактеріологічну санацію рани чи висівали поодинокі колонії мікроорганізмів. У 30 (54,5 %) хворих групи порівняння при застосовуванні мазі «Левомеколь» некролізис в рані завершувався на  $7,93 \pm 0,14$  добу, появу грануляцій у видимій частині рани відмічали на  $9,57 \pm 0,2$  добу, ( $p < 0,01$ ). У хворих групи порівняння на 7 добу число висіяних колоній складало в середньому  $2,8 \pm 0,3 \times 10^5$  КУО/см<sup>3</sup>. Таким чином, застосування мазі «Ацербін» і «Офлокаїн» у першу фазу ранового процесу у хворих на глибокі форми ГП забезпечувало скорочення термінів некролізису, появи грануляцій і бактеріологічної санації рани.

Нами були проаналізовані віддалені результати лікування у 65 хворих на глибокі форми ГП в строки від 3 місяців до 2 років. З них, у 40 (58 %) хворих основної групи, яким були проведені первинно–радикальні операції і у 25 (45,5 %) з групи порівняння, яким було виконане нерадикальне оперативне втручання. В хворих основної групи недостатність анального сфінктера II ступеня виявлено у одного (2,5 %) хворого. Серед хворих групи порівняння недостатність анального сфінктера II ступеня встановлена у 2 (8 %) хворих, III ступеня – у одного хворого. Рецидив захворювання виник у 2 (4 %) хворих основної групи, і у 5 (20 %) хворих групи порівняння. В основній групі перехід в хронічну форму (формування нориці) відмічено у 2 (4 %) хворих, у групі порівняння – у 4 (16 %) хворих. Помер один хворий із групи порівняння з “блискавичною” формою гнильно–некротичного ГП на фоні поліорганної недостатності та тяжкої супутньої патології. У основній групі хворих всі хворі залишилися живими.

Таким чином, проведення запропонованого нами комплексного хірургічного лікування хворих з глибокими формами ГП з використанням нових методів діагностики за результатами УСГ і МРТ, запропонованих нових прийомів хірургічного лікування, удосконаленого застосування режимів

антибіотикопрфілактики і антибіотиколікування, в тому числі з використанням ендолімфатичної антибактеріальної терапії, диференційованого місцевого лікування у першу фазу ранового процесу, дозволило підвищити відсоток первинно–радикальних оперативних втручань з 41,8 % до 64,9 %, знизити кількість ранніх ускладнень після операції з 9,1 % до 1,7 %, зменшити частоту рецидиву захворювання з 20 % до 4 %, переходу в хронічну форму захворювання з 16 % до 4 %, недостатності анального сфінктера II ступеня з 8 % до 2,5 %.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне обґрунтування і практичне вирішення наукової задачі – покращення результатів лікування хворих глибокими формами гострого парапроктиту шляхом удосконалення методів променевої діагностики, розробки нових прийомів оперативного втручання, впровадження оптимальних режимів і схем антибактеріального та місцевого лікування.

1. Діагностична цінність ультрасонографії у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту у виявленні гнійного вогнища склала 71,4 %, у виявленні первинного гнійного ходу – 21,4 % хворих. За допомогою ендоректального датчика наявність гнійника у параректальній клітковині встановлено у 85,7 % хворих, первинний гнійний хід виявлений у 42,9 % хворих.

2. Розпрацьована нами методика діагностики глибоких форм гострого парапроктиту за допомогою магнітно–резонансної томографії органів малого тазу з додатковим контрастуванням прямої кишки дозволила встановити гнійне вогнище у 91,7 % хворих, первинний гнійний хід у 83,3 % хворих.

3. У хворих на глибокі форми гострого парапроктиту запропоновані додаткові радіальні розрізи шкіри, підшкірної жирової основи, поверхневої фасції тазу і уражених глибоких клітковинних просторів на промежині, на межі запального набряку перианальної ділянки і незміненої шкіри, дозволяють попередити розвиток флегмони тазу та поширення гнійного процесу на сусідні клітковинні ділянки. Після застосування додаткових промежинних розрізів ліквідація основних проявів синдрому системної запальної відповіді відбувалася на  $5,5 \pm 0,3$  добу, а у хворих без додаткових промежинних розрізів – на  $8,7 \pm 0,29$  добу після оперативного втручання, ( $p < 0,001$ ).



4. Використання зверхкороткої антибіотикопрофілактики при ізольованому, чітко обмеженому параректальному гнійнику, за відсутності тяжких проявів синдрому системної запальної відповіді і органної дисфункції, дозволило забезпечити повну бактеріологічну санацію рани на 7-му добу після оперативного втручання у 35,7 % хворих.

5. Антибактеріальна терапія показана у хворих із ішіо-, ретро-, пельвіоректальним, підковоподібним і панпарапроктитом, при гнильно-некротичному характері запального процесу, тяжких проявах синдрому системної запальної відповіді і наявності органної дисфункції хоча би одного органа. При ендолімфатичному введенні антибіотиків ліквідація основних проявів синдрому системної запальної відповіді відбувалася на  $6,8 \pm 0,49$  добу, при внутрішньовенному введенні антибіотиків – на  $8,83 \pm 0,36$  добу, ( $p < 0,05$ ).

6. При місцевому лікуванні ран промежини маззю «Ацербін» у першу фазу ранового процесу некролізис завершувався на  $7,03 \pm 0,18$  добу, ( $p < 0,01$ ). Появу грануляцій в видимій частині рани у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту відмічали на  $8,53 \pm 0,2$  добу після виконання оперативного втручання, ( $p < 0,01$ ).

7. Застосування розпрацьованого діагностично-лікувального алгоритму в лікуванні хворих на глибокі форми гострого парапроктиту дозволило підвищити відсоток первинно-радикальних оперативних втручань з 41,8 % до 64,9 %, знизити кількість ранніх післяопераційних ускладнень з 9,1 % до 1,7 %, частоту рецидиву захворювання з 20 % до 4 %, перехід в хронічну форму захворювання з 16 % до 4 % і розвиток недостатності анального сфінктера II ступеня з 8 % до 2,5 %.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО ТА ПРАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. З метою підготовки прямої кишки до проведення ректороманоскопії в анальний канал рекомендовано вводити дві гліцеринові свічки по 3 г (AMEDA, Індія).
2. В складних для діагностики випадках, при неінформативності ректороманоскопії, ультрасонографії, рекомендовано використання магнітно–резонансної томографії з контрастним підсиленням прямої кишки.
3. Для попередження розвитку флегмони тазу у хворих з поширеними формами гострого глибокого парапроктиту слід проводити два додаткові розрізи на промежині, довжиною 4–7 см, з обох сторін від основного розрізу в радіальному напрямі за відношенням до анального отвору.
4. У хворих з нелокалізованою формою гнійного запалення у вигляді флегмони, при гнійно–некротичному характері місцевого процесу, тяжких проявах синдрому системної запальної відповіді і наявності органної дисфункції показано пряме антиградне ендолімфатичне введення антибіотиків, зокрема, левофлоксацину чи меронему один раз на добу у разовій дозі за допомогою «Інфузомата» з швидкістю 0,15–0,2 мл за одну хвилину.
5. Для місцевого лікування ран промежини з першої доби після операції показане застосовування мазі «Ацербін» впродовж перших 3–4 діб, двічі на добу. Для місцевого лікування рани каналу відхідника з першого дня після операції показане застосовування мазі «Офлокаїн» впродовж 5–7 діб, двічі на добу.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Захараш М. П. Состояние колопроктологической помощи в Украине, перспективы ее развития / М. П. Захараш // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 3–7.
2. Радикальное лечение сложных форм острого парапроктита / Н. Н. Милица, Д. С. Гребенников, В. Б. Козлов [и др.] // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 22–23.
3. Профілактика та хірургічне лікування гострого парапроктиту / М. Д. Желіба, О. А. Коцюра, О. М. Чепляка [та ін.] // Хірургія України. – 2003. – № 1 (5). – С. 51–53.
4. Глубокие парапроктиты в экстренной медицине / Е. М. Трунин, О. Б. Бегишев, А. А. Лойт [и др.] // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. – 2006. – № 3 (23). – С. 48–51.
5. Шапринський В. О. Вибір методу хірургічного лікування складних форм гострого парапроктиту / В. О. Шапринський // Український медичний альманах. – 2006. – Т. 9, № 3 – С. 229–230.
6. Ривкин В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Фаин. – М. : Медпрактика, 2001. – 300 с.
7. Лечение острого парапроктита / Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов, В. Б. Козлов [и др.] // Клінічна хірургія. – 2008. – № 10. – С. 37–39.
8. Тренин С. О. Анаэробный парапроктит / С. О. Тренин, Л. С. Гельфенбейн, А. В. Шишков // Хирургия. – 2002. – № 2. – С. 37–40.
9. Проктологія : навч.-метод. посіб. МОЗ України / [М. М. Милиця, Ю. Д. Торопов, В. І. Давидов, В. Б. Козлов, Д. С. Гребенніков]. – Запоріжжя : Просвіта, 2003. – 172 с.

10. Клиническая колопроктология : руководство для врачей / [ред. П. Г. Кондратенко, Н. Б. Губергриц, Ф. Э. Элин, Н. Л.Смирнов]. – Х. : Факт, 2006. – 385 с.
11. Особенности диагностики и лечения сложных форм острого парапроктита / Б. М. Даценко, Т. И. Тамм, А. Б. Даценко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.2 (34) – С. 25–26.
12. Рациональный подход к лечению острого парапроктита / Н. Н. Милица, Д. С. Гребенников, В. Б. Козлов [и др.] // Хірургія України. – 2003. – № 4 (8). – С. 45–47.
13. Ан В. К Опыт радикального хирургического лечения сложных форм острого парапроктита / В. К. Ан // Международный медицинский журнал. – М., 2001. – № 5. – С. 458–459.
14. Ставицкий В. В. Выбор способа радикального хирургического лечения у больных острым экстрасфинктерным парапроктитом / В. В. Ставицкий // Український медичний альманах. – 2006. – Т. 9, № 3. – С. 220.
15. Ставицкий В. В. Профилактика рецидивов и осложнений при радикальном хирургическом лечении острого экстрасфинктерного парапроктита / В. В. Ставицкий // Український медичний альманах. – 2006. – Т. 9, № 3. – С. 220–221.
16. Опыт лечения острого парапроктита в условиях областного проктологического отделения / В. В. Гапонов, В. Ф. Сулима, С. Л. Малиновский [и др.] // Український журнал хірургії. – 2009. – № 5. – С. 45–47.
17. Особенности лечения больных с анаэробными парапроктитами / Н. Г. Кононенко, В. И. Бугаев, О. В. Литовченко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2 (2) 34. – С. 39–40.
18. Выбор метода лечения острого парапроктита / Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов, В. Б. Козлов [и др.] // Хірургія України. – 2002. – № 2. – С. 9–10.

19. Даценко А. Б. Выбор метода хирургического лечения сложных форм острого парапроктита с учетом данных дооперационной ультразвуковой диагностики / А. Б. Даценко, В. В. Седак, С. Д. Подпоринов // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 14–15.
20. Подпратов С. С. Клінічні особливості загоєння рани після економного мініінвазивного висічення гострого парапроктиту / С. С. Подпратов // Практична медицина. – 2002. – № 2. – С. 131–133.
21. Применение ультразвукового исследования в диагностике «высоких» форм острого парапроктита / Т. И. Тамм, А. Я. Бардюк, В. В. Седак [и др.] // Клінічна хірургія. – 2001. – № 3. – С. 43–45.
22. Седак В. В. До питання про класифікацію гострого парапроктиту / В. В. Седак // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2001. – № 1. – С. 199–200.
23. Кондратенко П. Г. Применение амоксиклава в лечении острого парапроктита / П. Г. Кондратенко, Ф. Э. Элин, С. Л. Авраимов // Клінічна хірургія. – 2002. – № 8. – С. 42–43.
24. Даценко Б. М. Патофизиология и морфология гнойной раны / Б. М. Даценко, Т. И. Тамм // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 46–47.
25. Милица Н. Н. Изучение характера микрофлоры и ее связи с тяжестью острого парапроктита // Клінічна хірургія. – 2009. – № 11–12. – С. 58–59.
26. Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений в колоректальной хирургии / Б. М. Даценко, В. Ф. Куликовский, А. Б. Даценко [и др.] // Болезни толстого кишечника. Вопросы организации проктологической помощи : Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты. Новое в колопроктологии : IV Республ. конф. с междунар. участием по проктологии : тез. докл. – Минск, 2001. – С. 241–243.
27. Основные принципы лечения острого гнилостного парапроктита / П. Г. Кондратенко, Ф. Э. Элин, С. Л. Авраимов [и др.] // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 16–17.

28. Кутин А. А. Технология комплексной терапии у проктологических больных в амбулаторных условиях / А. А. Кутин, В. В. Маслов // *Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии.* – 2005. – № 3. – С. 38–39.
29. Мамчич В. І. Діагностика та лікування рецидивних параректальних нориць / В. І. Мамчич, В. Ю. Пироговський // *II з'їзд колопроктологів за міжнародною участю, 1-2 листоп. 2006 р. : матеріали з'їзду.* – Львів, 2006. – С. 180–185.
30. Многолетний опыт лечения острого парапроктита / В. Е. Усачев, Г. Г. Мкртычев, С. Ф. Мищенко [и др.] // *Проблемы колопроктологии.* – М., 1998. – Вып. 16. – С. 112–113.
31. Неотложная помощь при остром парапроктите / Б. Н. Жуков, В. Р. Исаев, А. И. Савинков [и др.] // *Актуальные проблемы проктологии : V Всерос. конф.: тез. докл.* – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 24–25.
32. Неотложная проктология / [В. К. Ан, В. Л. Ривкин]. – М. : ИД Мед. практика, 2003. – 144 с.
33. Опыт хирургического лечения сложных форм острого парапроктита / В. К. Ан, Е. Ю. Борисов, В. А. Полукаров [и др.] // *Актуальные проблемы проктологии : V Всерос. конф.: тез. докл.* – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 8–10.
34. Практическая колопроктология / [В. М. Масляк, М. П. Павловский, Ю. С. Лозинский, И. М. Варивода]. – Львов : Світ, 1990. – 144 с.
35. Загиров У. З. Сравнительная оценка микробиологии промежностной раны после операции по поводу острого парапроктита / У. З. Загиров, Ш. А. Абдулаев, Н. Н. Загирова // *Успехи современного естествознания.* – 2005. – № 7. – С. 87–90.
36. Микрофлора при острых парапроктитах / М. П. Захараш, Р. А. Тышко, Н. В. Мальцев [и др.] // *XX съезд хирургов Украины : материалы съезда.* – Тернополь, 2002. – Т. 1. – С. 372–373.

37. Обоснование применения сорбционно-лимфогенных методик в лечении острого парапроктита / Е. А. Рутковский, С. Г. Штофин, М. С. Любарский [и др.] // *Болезни толстого кишечника. Вопросы организации проктологической помощи: Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты. Новое в колопроктологии : IV Республ. конф. с междунар. участием по проктологии : тез. докл.* – Минск, 2001. – С. 78–79.
38. Опыт комплексного лечения анаэробного парапроктита / А. М. Коплатадзе, В. М. Проценко, Э. Э. Болквадзе [и др.] // *Хирургия.* – 2006. – № 2. – С. 77–81.
39. Русинович В. М. Анаэробная инфекция в проктологии. Антибиотикозависимость анаэробных микроорганизмов: состояние проблемы и пути ее решения / В. М. Русинович, В. В. Слизень // *Болезни толстого кишечника. Вопросы организации проктологической помощи: Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты. Новое в колопроктологии : IV Республ. конф. с междунар. участием по проктологии : тез. докл.* – Минск, 2001. – С. 280–287.
40. Этиология, патогенез и лечение гнилостной формы анаэробного парапроктита / В. М. Проценко, М. А. Егоркин, В. А. Шмаков [и др.] // *Проблемы колопроктологии.* – М., 1998. – Вып. 16. – С. 90–92.
41. Brook I. The role of anaerobic bacteria in cutaneous and soft tissue abscesses and infected cysts / I. Brook // *Anaerobe.* – 2007. – Vol. 13, № 5–6. – P. 171–177.
42. Microbiological analysis and endoanal ultrasonography for diagnosis of anal fistula in acute anorectal sepsis / T. Toyonaga, M. Matsushima, Y. Tanaka [et al.] // *Int. J. Colorectal Dis.* – 2007. – Vol. 22, № 2. – P. 209–213.
43. Арегви М. Е. Малоинвазивная колопроктология / М. Е. Арегви, Дж. М. Саккиер ; [пер. с англ.]. – М. : Медицина, 1999. – 275 с.

44. Нестеренко А. Н. Обоснование тактики антибактериальной терапии хирургического сепсиса в колопроктологии с учетом этиологической специфики и роста антибиотикорезистентности патогенов / А. Н. Нестеренко // II з'їзд колопроктологів за міжнародною участю, 1-2 листоп. 2006 р. : матеріали з'їзду. – Львів, 2006. – С. 484–491.
45. Русин В. І. Довідник з колопроктології : навч. посіб. / В. І. Русин, Ю. Ю. Боршош, С. М. Чобей. – Ужгород, 2001. – 174 с.
46. Миминошвили О. И. Комплексное лечение гнилостного парапроктита / О. И. Миминошвили, В. П. Сопельник, А. В. Денисов // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 55–58.
47. Седак В. В. Клинико-бактериологические параллели при остром парапроктите / В. В. Седак, А. Б. Даценко // Експериментальна і клінічна медицина. – 2000. – № 3. – С. 173–179.
48. Характер микрофлоры толстой кишки и ее влияние на особенности клинического течения острых парапроктитов / Е. А. Додонов, В. А. Чаловский, И. В. Шаляпин [и др.] // Проблемы колопроктологии. – М., 1998. – Вып. 16. – С. 44–45.
49. Энфенджян А. К. Опыт лечения острых гнойных проктологических заболеваний / А. К. Энфенджян, А. М. Агавелян // Болезни толстого кишечника. Вопросы организации проктологической помощи: Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты. Новое в колопроктологии : IV Республ. конф. с междунар. участием по проктологии : тез. докл. – Минск, 2001. – С. 93–95.
50. Клименко В. Н. Критерии применения иммунотерапии и контроля ее эффективности при послеоперационных гнойно-воспалительных осложнениях / В. Н. Клименко, А. С. Тугушев // Клінічна хірургія. – 2000. – № 8. – С. 39–40.



51. Исаев В. Р. Анаэробный парапроктит: тактические и лечебные ошибки / В. Р. Исаев, Б. П. Жуков, А. И. Савинков // Проблемы колопроктологии. – 1995. – № 16. – С. 255–257.
52. Бородулина И. М. Особенности иммунологической реактивности у больных с сочетанной патологией аноректальной области / И. М. Бородулина, С. В. Шеронин, В. Ю. Алипов // Актуальные проблемы колопроктологии : V Всерос. конф. с междунар. участием : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 13–14.
53. Деякі особливості клініки і лікування хворих на гострий парапроктит літнього віку / П. Г. Кондратенко, Ф. Е. Елін, Г. Г. Мірошниченко [та ін.] // Актуальні питання геріатричної хірургії : міжнародна науково-практична конференція : тези доп. – Тернопіль, 2004. – С. 25–26.
54. Острый парапроктит у больных сахарным диабетом / В. В. Жебровский, А. Г. Иванов, Ф. Н. Ильченко [и др.] // II з'їзд колопроктологів за міжнародною участю, 1-2 листоп. 2006 р. : матеріали з'їзду. – Львів, 2006. – С. 139–141.
55. Полилазерное облучение в комплексном лечении больных с аэробным неклостридиальным парапроктитом / Ч. Е. Верхулецкий, А. Ф. Медведенко, А. Л. Вороной [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : материалы конф. – Нижний Новгород, 1995. – С. 239–241.
56. Потий В. В. Применение иммуномодуляторов в комплексном лечении гнойной раны мягких тканей / В. В. Потий // Клінічна хірургія. – 2000. – № 10. – С. 15–16.
57. Флегмона Фурнье при неклостридиальном анаэробном парапроктите / В. П. Назаренко, С. А. Грушко, М. В. Кондауров [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всерос. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 48.
58. Combined therapy with infliximab and seton drainage for perianal fistulizing Crohn's disease with anal endosonographic monitoring: a single-centre

- experience / L. Guidi, C. Ratto, S. Semeraro [et al.] // *Tech. Coloproctol.* – 2008. – Vol. 12. № 2. – P. 111–117.
59. Initial experience on efficacy in closure of cryptoglandular and Crohn's transsphincteric fistulas by the use of the anal fistula plug / O. Schwandner, F. Stadler, O. Dietl [et al.] // *Int. J. Colorectal Dis.* – 2008. – Vol. 23, № 3. – P. 319–324.
60. Кондратенко П. Г. Хирургическая инфекция : практическое руководство / П. Г. Кондратенко, В. В. Соболев. – Донецк, 2007. – 512 с.
61. Дульцев Ю. В. Парапроктит / Ю. В. Дульцев, К. Н. Саламов. – М. : Медицина, 1981. – 208 с.
62. Дрыга А. В. Диагностика сочетанных проктологических заболеваний / А. В. Дрыга // *Актуальные проблемы колопроктологии : V Всерос. конф. : тез. докл.* – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 23.
63. Гострий парапроктит. Клініка. Діагностика. Лікування : [методичні рекомендації для хірургів, колопроктологів, лікарів загальної практики, лікарів-інтернів / Клініка шпитальної хірургії Вінницького Національного медичного університету ім. М. І. Пирогова]. – Вінниця, 2006. – 19 с.
64. Ameh E. A. Perianal abscess and fistula in children in Zaria / E. A. Ameh // *Niger Postgrad. Med. J.* – 2003. – Vol. 10, № 2. – P. 107–109.
65. Cash D. J. Anorectal abscess and fistula caused by an ingested chicken bone / D. J. Cash, M. M. Sadat, A. S. Abu-Own // *Am. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 99, № 8. – P. 1617–1618.
66. Torkelson J. Perirectal abscess, colic, and dyschezia in a horse / J. Torkelson // *Can. Vet. J.* – 2002. – Vol. 43, № 2. – P. 127–128.
67. Nelson R. Anorectal abscess fistula: what do we know? / R. Nelson // *Surg. Clin. North Am.* – 2002. – Vol. 82, № 6. – P. 1139–1151.
68. Федоров В. Д. Клиническая оперативная колопроктология : Руководство для врачей / В. Д. Федоров, В. И. Воробьев, В. Л. Ривкин. – М. : Медицина, 1994. – 432 с.

69. Ставицкий В. В. Клиническое течение и хирургическое лечение сложных форм рецидивирующего острого парапроктита / В. В. Ставицкий // Клиническая хирургия. – 1999. – № 3. – С. 28–30.
70. Muñoz-Villasmil J. Management of perianal sepsis in immunosuppressed patients / J. Muñoz-Villasmil, L. Sands, M. Hellinger // Am. Surg. – 2001. – Vol. 67, № 5. – P. 484–486.
71. Hughes F. Anorectal sepsis / F. Hughes, S. Mehta // Hosp. Med. – 2002. – Vol. 63, № 3. – P. 166–169.
72. Сепсис и полиорганная недостаточность / [В. Ф. Саенко, В. И. Десятерик, Т. А. Перцева, В. В. Шаповалюк]. – Кривой Рог : Минерал, 2005. – 466 с.
73. Horseshoe abscesses and fistulas: how are we doing? / S. A. Rosen, P. Colquhoun, J. Efron [et al.] // Surg. Innov. – 2006. – Vol. 13, № 1. – P. 17–21.
74. Диагностика и лечение острого парапроктита / В. Е. Смирнов, П. М. Лавренин, И. Е. Вартанов [и др.] // Хирургия. – 1995. – № 2. – С. 21–23.
75. Ультразвуковая диагностика заболеваний прямой и сигмовидной кишки / А. А. Проклов, А. В. Затачаев, С. В. Осмоловский [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всерос. конф. : тезисы докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 58–59.
76. Endoanal ultrasound evaluation of anorectal diseases and disorders: technique, indications, results and limitations / D. Saranovic, G. Barisic, Z. Krivokapic [et al.] // Eur. J. Radiol. – 2007. – Vol. 61, № 3. – P. 480–489.
77. Endorectal ultrasound (ERUS) in pelvic disorders / G. Barisic, Z. Krivokapic, V. Markovic [et al.] // Acta Chir. Jugosl. – 2006. – Vol. 53, № 2. – P. 117–120.
78. Шевчук І. М. Діагностика та хірургічна тактика при лікуванні хворих гострим парапроктитом / І. М. Шевчук, О. В. Новицький // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 145–147.

79. Jose A. Когда необходимо проводить магнитно-резонансное исследование брюшной полости? / A. Jose, N. Goncalves, M. Elazzazzi [et al.] // Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Украинское издание. – 2009. – Т. 2, № 4–5. – С. 172–176.
80. Ставицкий В. В. Способ радикального хирургического лечения острого рецидивирующего парапроктита / В. В. Ставицкий // Клінічна хірургія. – 2000. – № 8. – С. 58–59.
81. Тактика и результаты лечения острого парапроктита / В. В. Буянов, Н. Г. Харкевич, И. В. Буянов [и др.] // Болезни толстого кишечника. Вопросы организации проктологической помощи: Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты. Новое в колопроктологии : IV Республ. конф. с междунар. участием по проктологии : тез. докл. – Минск., 2001. – С. 18–20.
82. Тихонов И. А. Тактика лечения больных с острым гнойным парапроктитом / И. А. Тихонов, Д. А. Барсуков // Актуальные проблемы проктологии : 5-я Всерос. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 71–72.
83. Латексный лигатурный метод лечения острого парапроктита / А. П. Коплатадзе, С. Д. Ким, Э. Э. Болквадзе [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всерос. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 36–37.
84. Комплексный подход к лечению острого парапроктита / П. М. Лаврешин, В. К. Гобеджишвили, А. В. Муравьев [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всерос. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 44–45.
85. Ковальчук Л. Я. Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передній черевній стінці / Л. Я. Ковальчук, І. Я. Дзюбановський. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. – 286 с.

86. Атлас практической колоректальной хирургии / В. Л. Ривкин, О. Э. Луцевич, С. Н. Фаин [и др.]. – М. : ИД Медпрактика-М, – 2006. – 144 с.
87. Седак В. В. Особенности диагностики и лечения больных с осложненными формами острого парапроктита / В. В. Седак // Актуальные вопросы гастроэнтерологии и эндокринологии : сб. науч. работ. – Х., 2000. – С. 85–86.
88. Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. – К.: Здоровья, 1987. – 567 с.
89. Эктов В. Н. Применение ультразвука в диагностике и лечении парапроктита / В. Н. Эктов, А. И. Наливкин, Р. В. Попов // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всерос. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 88.
90. Inceoglu R. Fistulotomy and drainage of deep postanal space abscess in the treatment of posterior horseshoe fistula / R. Inceoglu, R. Gencosmanoglu // BMC Surg. – 2003. – Vol. 3, № 1. – P. 10–12.
91. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing drainage alone vs primary sphincter-cutting procedures for anorectal abscess-fistula / H. M. Quah, C. L. Tang, K. W. Eu [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. – 2006. – Vol. 21, № 6. – P. 602–609.
92. Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой кишке / А. Н. Рыжих. – 2-е изд. – М., 1968. – 336 с.
93. Латексный лигатурный метод лечения острого парапроктита / А. П. Коплатадзе, С. Д. Ким, Э. Э. Болквадзе [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всерос. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 36–37.
94. Лечение больных острым парапроктитом методом латексной лигатуры / Д. К. Камаева, А. М. Коплатадзе, С. Д. Ким [и др.] // Хирургия. – 2000. – № 10. – С. 31–34.

95. Сахаутдинов В. Г. Комплексное лечение больных острым парапроктитом : метод. рекомендации МЗ Башкирской АССР / В. Г. Сахаутдинов, В. М. Тимербулатов. – Уфа, 1987. – 10 с.
96. Острый парапроктит: выбор метода хирургического лечения / И. М. Альф, В. К. Ан, Е. М. Николина [и др.] // Хирургия. – 1994. – № 10. – С. 10–15.
97. Способ хирургического лечения острого ишиоректального и пельвиоректального парапроктита с трансфинктерным и экстрасфинктерным расположением первичного гнойного хода / Н. М. Лаврешин, В. К. Гобеджишвили, М. М. Алиев [и др.] // Вестник хирургии. – 2008. – Т. 167, № 2. – С. 82–83.
98. Дробни Ш. Хирургия кишечника / Ш. Дробни ; [пер. с венгер.]. – Будапешт, 1983. – 592 с.
99. Holzheimer R. G. Treatment procedures for anal fistulous cryptoglandular abscess-how to get the best results / R. G. Holzheimer, M. Siebeck // Eur. J. Med. Res. – 2006. – Vol. 11, № 12. – P. 501–515.
100. Pfenninger J. L. Common anorectal conditions: Part II. Lesions / J. L. Pfenninger, G. G. Zainea // Am. Fam. Physician. – 2001. – Vol. 64, № 1. – P. 77–88.
101. Stites T. Common anorectal problems / T. Stites, D. P. Lund // Semin. Pediatr. Surg. – 2007. – Vol. 16, № 1. – P. 71–78.
102. Латексный лигатурный метод лечения острого парапроктита / А. П. Коплатадзе, С. Д. Ким, Э. Э. Болквадзе [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всеросс. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 36–37.
103. The direct closure of the internal fistula opening without advancement flap for transsphincteric fistulas-in-ano / S. Athanasiadis, C. Helmes, R. Yazigi [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2004. – Vol. 47, № 7. – P. 1174–1180.
104. Янчук М. Я. Радикальне хірургічне лікування різних форм гострого парапроктиту / М. Я. Янчук, В. В. Балицький // II з'їзд колопроктологів

- за міжнародною участю, 1-2 листоп. 2006 р. : матеріали з'їзду. – Львів, 2006. – С. 237–239.
105. Антибактериальная терапия : практическое руководство для врачей / [ред. Л. С. Старочунский, Ю. Б. Белоусов, С. Н. Козлов]. – Москва, 2000. – 8 с.
106. Антибіотикопрофілактика в проктології / Я. С. Березницький, В. В. Гапонов, В. П. Сулима [та ін.] // XXII з'їзд хірургів України. IV Міжнародні Пироговські читання : науковий конгрес, присвячений 200-річчю з дня народження М.І. Пирогова, 2-5 червня 2010 р. : матеріали конгр. – Вінниця, 2010. – Т. 1. – С. 27–28.
107. Палиенко Р. К. Антибактериальная профилактика амоксиклавом в хирургическом лечении парапроктита / Р. К. Палиенко, В. Ю. Пироговский, М. А. Йосипенко // Хірургія України. – 2003. – № 1. – С. 34–36.
108. Куновський В. В. Антибіотикопрофілактика в комплексному лікуванні пацієнтів із хірургічною патологією / В. В. Куновський, Ю. С. Лисюк, В. А. Магльований // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.2 (34). – С. 164–166.
109. Single dose ceftriaxone as prophylaxis for sepsis in colorectal surgery / J. W. Lumley, S. K. Siu, S. P. Pillay [et al.] // Aust. N. Z. J. Surg. – 1992. – Vol. 62, № 4. – P. 292–296.
110. Pfenninger J. L. Common anorectal conditions: Part I. Symptoms and complaints / J. L. Pfenninger, G. G. Zainea // Am. Fam. Physician. – 2001. – Vol. 63, № 12. – P. 2391–2398.
111. Muñoz-Villasmil J. Management of perianal sepsis in immunosuppressed patients / J. Muñoz-Villasmil, L. Sands, M. Hellinger // Am. Surg. – 2001. – Vol. 67, № 5. – P. 484–486.
112. Anorectal pathology in HIV/AIDS-infected patients has not been impacted by highly active antiretroviral therapy / C. Gonzalez-Ruiz, W. Heartfield, B. Briggs [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2004. – Vol. 47, № 9. – P. 1483–1486.

113. Stemper Z. Anorectal woes / Z. Stemper, F. Poul // *Harv. Mens. Health.* – 2006. – Vol. 11, № 3. – P. 1–5.
114. Даценко А. Б. Местное лекарственное лечение гнойно-некротических форм острого парапроктита / А. Б. Даценко, В. В. Седак, Е. Н. Безуглая // Проблемы реабилитации проктологических больных : 3-я междунар. конф. – Минск, 1998. – С. 192–194.
115. Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений после операций на толстой и прямой кишках / В. В. Дарвин, А. Я. Ильканич, Г. Г. Пехото [и др.] // *Хирургия.* – 2002. – № 7. – С. 47–49.
116. Патогенетическое обоснование местного лечения очагов гнойной инфекции / Б. М. Даценко, Т. И. Тамм, С. Г. Белов [и др.] // *Клінічна хірургія.* – 2007. – № 11–12. – С. 19–20.
117. Седак В. В. Местное лекарственное лечение гнойных ран в первой фазе раневого процесса у больных проктологического профиля / В. В. Седак // *Медицина сегодня и завтра : сб. науч. трудов ХГМУ.* – Х., 1996. – С. 138–139.
118. Сучасне медикаментозне лікування ран : [відомча інструкція / Інститут хірургії та трансплантології АМН України ; уклад. Шалимов А. А., Саенко В. Ф., Даценко Б. М. [та ін.]. – К., 2002. – 36 с.
119. The diagnosis and management of common anorectal disorders / R. P. Billingham, J. T. Isler, M. H. Kimmins [et al.] // *Curr. Probl. Surg.* – 2004. – Vol. 41, № 7. – P. 586–645.
120. Девятов В. Л. Оценка динамики раневого процесса / В. Л. Девятов // *Хирургия.* – 1998. – № 11. – С. 46–48.
121. Tocchi A. Fibrin sealant in the repair of anorectal fistulae / A. Tocchi, G. Mazzoni, M. Miccini // *Arch. Surg.* – 2000. – Vol. 135, № 8. – P. 989–992.
122. Жуков Б. Н. Лазеры в комплексном лечении острого парапроктита / Б. Н. Жуков, А. Х. Исакова // *Управление качеством здравоохранения через новации : XXV съезд врачей Самарской области.* – Самара : Перспектива, 2005. – С. 74–79.



123. Клинико-лабораторная эффективность современных мазей на полиэтиленгликолевой основе при лечении гнойных ран / Л. А. Блатун, А. М. Светухин, А. А. Пальцин [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. – 1999. – № 7. – С. 25–31.
124. Лечение ран анального канала и промежности / В. М. Проценко, Б. Х. Мурадов, Л. В. Максимова [и др.] // Хирургия. – 1998. – № 8. – С. 20–22.
125. Лечение ран после операции на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности / Г. И. Воробьева, Ю. А. Шелыгин, С. А. Фролов [и др.] // Анналы хирургии. – 1998. – № 2. – С. 75–80.
126. Тамм Т. И. Особенности течения раневого процесса при местном применении комбинированных медикаментозных препаратов / Т. И. Тамм // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 70.
127. Чепляка О. М. Дослідження клінічної ефективності місцевого застосування хлорпромазину в комплексному лікуванні хворих на гострий парапроктит / О. М. Чепляка // II з'їзд колопроктологів за міжнародною участю, 1-2 листопада 2006 р. : матеріали з'їзду. – Львів, 2006. – С. 224–228.
128. Чепляка О. М. Фагоцитарна активність ранових макрофагів у хворих на гострий парапроктит під впливом хлорпромазину / О. М. Чепляка // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2006. – Т. 6, вип. 1–2. – С. 206–210.
129. Даценко А. Б. Клиническое изучение мази «Офлотримол – П» при местном лечении гнойно-некротических ран / А. Б. Даценко, В. В. Седак, Али Рахман // Сучасні проблеми медицини. – 1999. – № 2. – С. 75–78.
130. Лечение сочетанных проктологических заболеваний в амбулаторных условиях / А. Г. Мухин, А. В. Волков, О. В. Волкова [и др.] // Первый съезд амбулаторных хирургов РФ : материалы съезда. – СПб., 2004. – С. 144–145.

131. Логачев В. К. Теория и практика местного лечения гнойной раны / В. К. Логачев // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 51–51.
132. Логинов В. И. Комплексное лечение больных с острыми гнойно-септическими заболеваниями / В. И. Логинов, М. В. Чикин // Диагностика и лечебная тактика urgentных состояний в хирургии. Вопросы ранней диагностики онкологических заболеваний. Лечение больных хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей : сб. науч. тр. – Тула, 2002. – С. 29–30.
133. Седак В. В. Применение антисептиков для профилактики и лечения гнойно-септических осложнений в колоректальной хирургии / В. В. Седак // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2000. – № 2. – С. 361–362.
134. Шевченко В. С. Сучасний погляд на комплексне лікування гнійно-запальних ускладнень ран м'яких тканин / В. С. Шевченко, С. В. Шевченко // Клінічна хірургія. – 2003. – № 8. – С. 56–58.
135. Мухин А. Г. Консервативное лечение воспалительных аноректальных заболеваний / А. Г. Мухин, А. В. Булгаков, О. В. Волкова // Новые технологии в хирургии : пятая Всерос. конф. – Уфа, 2001. – С. 216–218.
136. Применение препарата «Инстиллагель» в амбулаторной колопроктологии / А. Г. Мухин, А. В. Волков, О. В. Волкова [и др.] // Проблемы амбулаторной хирургии : четвертая науч.-практ. конф. поликлинических хирургов Москвы и Московской области : материалы конф. – М., 2003. – С. 166–168.
137. Новицький О. В. Застосування бензойної мазі на гідрофільній основі в місцевому лікуванні хворих на глибокі форми гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Галицький лікарський вісник. – 2008. – Т. 15, № 1. – С. 32–34.
138. Раны и раневая инфекция: руководство для врачей / [ред. Кузина М. И., Костюченко Б. М.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 592 с.

139. Ставицкий В. В. Влияние способа обработки внутреннего отверстия при остром экстрасфинктерном парапроктите на течение раневого процесса / В. В. Ставицкий // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 69–70.
140. Sierra-Luzuriaga G. Synergistic necrotizing fasciitis of the anoperineal and external genitalia: progression to Fournier's gangrene? / G. Sierra-Luzuriaga, E. Sierra-Montenegro, V. Cruz-Lavallen // *Cir. Cir.* – 2005. – Vol. 73, № 5. – P. 369–373.
141. Herold A. Treatment of anorectal diseases / A. Herold // *Praxis (Bern 1994)*. – 2007. – Vol. 96, № 7. – P. 249–255.
142. Тамм Т. И. Критерии оценки гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях и полостях / Т. И. Тамм, С. Г. Белов // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 62–63.
143. Тишко Р. А. Обґрунтування місцевої антибактеріальної терапії при гострому парапроктиті / Р. А. Тишко // Сучасні інфекції. – 2001. – № 3. – С. 77–79.
144. Магнитотерапия в лечении острого парапроктита / Ф. Э. Элин, Н. Л. Смирнов, Д. В. Соболев [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всерос. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 88–89.
145. Применение магнитотерапии при остром парапроктите / П. Г. Кондратенко, Ф. Э. Элин, С. Л. Авраимов [и др.] // Клінічна хірургія. – 2003. – № 9. – С. 15–17.
146. Применение диализирующего дезинтоксикационного раствора на основе высокомолекулярных фракций декстрана для лечения острых форм парапроктиатов "Диализир" / А. М. Сухоруков, Н. Н. Куликов, Д. Н. Тараденко [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всерос. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 66.
147. Kosorok P. Ambulatory surgery in proctology / P. Kosorok // *Acta Chir. Jugosl.* – 2004. – Vol. 51, № 2. – P. 81–83.

148. Диагностические возможности лазерной доплеровской флоуметрии при анаэробном парапроктите / А. М. Коплатадзе, В. М. Проценко, М. А. Егоркин [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии : 5-я Всерос. конф. : тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 37–38.
149. Первый опыт применения ультрасонографии в диагностике острого парапроктита / Л. П. Орлова, Д. Ю. Филиппов, А. Д. Турутин [и др.] // Ультразвуковая диагностика. – 1998. – № 2. – С. 39–43.
150. Объем лечебно-диагностических мероприятий при неопухолевых заболеваниях дистального отдела прямой кишки и анокопчиковой области : [методические материалы / под ред. Воробьева Т. И., Зайцева В. Г.]. – М., 2000. – 122 с.
151. Метод ультразвукового исследования в диагностике острого парапроктита / Т. И. Тамм, А. Я. Бардюк, В. В. Седак [и др.] // Актуальные проблемы проктологии : 5-я Всерос. конф. с междунар. участием : материалы конф. – Ростов–на–Дону, 2001. – С. 66–67.
152. Асташов В. Л. Оптимизация подготовки кишечника тяжелых и престарелых больных к исследованиям толстой кишки и оперативным вмешательствам / В. Л. Асташов, А. Ф. Логинов // Новые лекарственные средства и технологии. – 2003. – № 1. – С. 30–32.
153. Даценко Б. М. Подготовка толстой кишки к операции и эндоскопии / Б. М. Даценко, Р. Ш. Рахимов. – Ташкент : Медицина, 1996. – 150 с.
154. Даценко Б. М. Гнойная рана / Б. М. Даценко, С. Г. Белов, Т. И. Тамм. – К. : Здоров'я, 1985. – 136 с.
155. Микроскопическая техника : руководство / под ред. Д. С. Саркисова и Ю. Л. Перова. – М. : Медицина, 1996. – С. 289–290.
156. Пат. 17273 Україна, МПК G01N 13/00. Пристрій для отримання мікроскопічного зображення гістологічних препаратів / Багрій М. М., Михайлюк І. О., Голубєв В. Г. – № u200603466 ; заявл. 30.03.2006 ; опубл. 15.09.2006 ; Бюл. № 9.

157. Камаев М. Ф. Инфицированная рана и ее лечение / М. Ф. Камаев. – М. : Медицина, 1970. – 159 с.
158. Наказ МОЗ України № 181 від 04.04.2008 р. Про затвердження методичних рекомендацій "Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика".
159. Сипливый В. А. Оценка тяжести состояния хирургического больного / В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь. – К. : Наук. Світ, 2004.– 101 с.
160. Патент 54202 UA Україна, МПК А 61В 8/12. Спосіб діагностики гострого глибокого парапроктиту / Шевчук І. М., Новицький О. В., Скальський Л. В., Сорочинський І. М. – № и 2010 06421 ; заявл. 26.05.2010 ; опубл. 25.10.2010, Бюл. № 20.
161. Новицький О. В. Діагностика глибоких форм гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Всеукраїнська науково-практична конференція «Медична наука-2010», 16-17 грудня 2010р. : матеріали конф. – Полтава, 2010.– С. 86–87.
162. Новицький О. В. Діагностика та лікування глибоких форм гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Сьогодення та майбутнє медицини : VI Міжнародна наукова конференція студентів та молодих вчених, 9-10 квітня 2009р. : матеріали конф. – Вінниця, 2009. – С. 239–240.
163. Результати хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту у хворих похилого і старечого віку / О. В. Новицький, І. М. Шевчук, О. М. Петрина, А. Л. Шаповал // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 3.– С. 87–89.
164. Хірургічне лікування глибоких форм гострого парапроктиту / О. В. Новицький, І. М. Шевчук, О. М. Петрина, А. Л. Шаповал // XII Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, 25-28 вересня 2008 р. : матеріали конгр. – Івано-Франківськ, 2008. – С. 360.

165. Новицький О. В. Досвід хірургічного лікування хворих глибокими формами гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 1. – С. 58–61.
166. Патент 41249 UA Україна, МПК А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту / Новицький О. В., Шевчук І. М., Петрина О. М., Шаповал А. Л. – № u 2008 15029 ; заявл. 26.12.2008 ; опубл. 12.05.2009, Бюл. № 9.
167. Шевчук І. М. Лікування хворих на глибокі форми гострого парапроктиту / І. М. Шевчук, О. В. Новицький // Практична медицина. – 2010. – Т. XVI, № 4. – С. 165–170.
168. Шевчук І. М. Особливості застосування антибактеріальних препаратів у хірургічному лікуванні хворих глибокими формами гострого парапроктиту / І. М. Шевчук, О. В. Новицький, М. М. Дроняк // Український журнал хірургії. – 2008. – № 2. – С. 64–67.
169. Шевчук І. М. Ендолимфатична антибактеріальна терапія в комплексному лікуванні хворих на глибокі форми гострого гнильного парапроктиту / І. М. Шевчук, О. В. Новицький, В. В. Галицький // Шпитальна хірургія. – 2010. – № 1 (49). – С. 36–39.
170. Новицький О. В. Досвід застосування мазі «Офлокаїн-Дарниця» в місцевому лікуванні післяопераційних ран у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту / О. В. Новицький // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Т. 9, вип. 4. – С. 64–67.
171. Шевчук І. М. Місцеве лікування післяопераційних ран у хворих за глибоких форм гострого парапроктиту/ І. М. Шевчук, О. В. Новицький, О. О. Побуцький // Клінічна хірургія. – 2009. – № 11–12. – С. 92–93.

**ДОДАТКИ**

## Додаток А.

## Акти впровадженнь результатів досліджень

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД

**"ЗАТВЕРДЖУЮ"**  
керівник установи, в якій проводиться впровадження  
"16" листопада 2010 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: Ультразвукова діагностика глибоких форм гострого парапроктиту ендоректальним датчиком.
2. Заклад, що розробив, його поштова адреса: Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
3. Прізвище, ім'я, по батькові авторів: Шевчук Ігор Михайлович, Новицький Олег Васильович.
4. Джерело інформації: Шевчук І.М. Діагностика та хірургічна тактика при лікуванні хворих гострим парапроктитом / І.М. Шевчук, О.В. Новицький // Український журнал хірургії. - 2009. - № 1. - С. 145-147.
5. Впроваджено в: Львівській міській клінічній лікарні невідкладної допомоги.
6. Строки впровадження: з 2009 по 2010 рік.
7. Загальна кількість спостережень: 15
7. Ефективність впровадження:

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Вірогідність візуалізації розташування гнояка	71,4 %	73,3 %

8. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні



Федоренко С.Т.

Члени комісії:



Зав. 1 хірургічним відділенням - Ритвицький І.А.

Зав. 3 хірургічним відділенням - доц. Рачкевич С.Л.



підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ \_\_\_\_\_

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД



## **АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

- 1. Найменування пропозицій для впровадження:** Спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Новицький Олег Васильович, Шевчук Ігор Михайлович, Петрина Олег Миронович, Шаповал Анатолій Леонідович.
- 3. Джерело інформації:** Патент на корисну модель № 41249 Україна. МПК А 61 В 17/00; № и 200815029; заявл. - 26.12.2008; опубл. - 12.05.09, Бюл.- № 9.
- 4. Впроваджено в:** Львівській міській клінічній лікарні невідкладної допомоги.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 8
- 7. Ефективність впровадження:**

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Попередження розвитку флегмони м'яких тканин промежини	100 %	100 %

- 8. Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

Федоренко С.Т.

Члени комісії:

Зав. 1 хірургічним відділенням - Ритвинський І.А.

Зав. 3 хірургічним відділенням - доц.Рачкевич С.Л.

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД



**"ЗАТВЕРДЖУЮ"**

Василик Тарас Петрович

керівник установи, в якій проведено впровадження

2010 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Місцеве лікування післяопераційних ран промежнини у хворих на гострий парапроктит мазями "Ацербін" і "Офлокаїн" у першу фазу ранового процесу.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Новицький Олег Васильович.
- 3. Джерело інформації:** Новицький О.В. Досвід застосування мазі «Офлокаїн-Дарниця» в місцевому лікуванні післяопераційних ран у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту /О.В. Новицький// Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2009. - Т. 9, Вип. 4. - С. 64-67.
- 4. Впроваджено в:** Івано-Франківській міській клінічній лікарні № 1.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 14
- 7. Ефективність впровадження:**

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Тривалість першої фази ранового процесу (доби)	8,4±0,3	8,9±0,8

- 8. Зауваження, пропозиції:** немає.

### Відповідальний за впровадження:

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

  
(підпис)

  
(ПІБ)

Члени комісії:

  
1 - 1:  1  № 1/1

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ \_\_\_\_\_

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Новицький Олег Васильович, Шевчук Ігор Михайлович, Петрина Олег Миронович, Шаповал Анатолій Леонідович.
- 3. Джерело інформації:** Патент на корисну модель № 41249 Україна. МПК А 61 В 17/00; № и 200815029; заявл. - 26.12.2008; опубл. - 12.05.09, Бюл.- № 9.
- 4. Впроваджено в:** Івано-Франківській міській клінічній лікарні № 1.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 19
- 7. Ефективність впровадження:**

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Попередження розвитку флегмони м'яких тканин промежини	100 %	100 %

- 8. Зауваження, пропозиції:** немає.

### Відповідальний за впровадження:

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

  
(підпис)   
(ПІБ)

Члени комісії:

    
посада, підпис, ПІБ

1-р:  15 грудня 2010 р.

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ \_\_\_\_\_

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД



"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Василик Тарас Петрович  
керівник установи, в якій проведено впровадження

12 2010 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Ультразвукова діагностика глибоких форм гострого парапроктиту ендоректальним датчиком.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Шевчук Ігор Михайлович, Новицький Олег Васильович.
- 3. Джерело інформації:** Шевчук І.М. Діагностика та хірургічна тактика при лікуванні хворих гострим парапроктитом / І.М. Шевчук, О.В. Новицький // Український журнал хірургії. - 2009. - № 1. - С. 145-147.
- 4. Впроваджено в:** Івано-Франківській міській клінічній лікарні № 1.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 11
- 7. Ефективність впровадження:**

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Вірогідність візуалізації розташування гнояка	71,4 %	63,6 %

- 8. Зауваження, пропозиції:** немає.

### Відповідальний за впровадження:

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

(підпис)

(ПІБ)

Члени комісії:

посада, підпис, ПІБ

п.р.: [Signature] / [Signature] А. 11

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД

"ЗАТВЕРДЖУЮ"  
Василик Тарас Петрович  
керівник установи, в якій проведено впровадження

12 2010 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Пряма антеградна ендолімфатична протимікробна терапія у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Шевчук Ігор Михайлович, Новицький Олег Васильович, Галицький Валентин Васильович.
- 3. Джерело інформації:** Шевчук І.М. Ендолімфатична антибактеріальна терапія в комплексному лікуванні хворих на глибокі форми гострого гнильного парапроктиту / І.М. Шевчук, О.В. Новицький, В.В. Галицький // Шпитальна хірургія. - 2010. - № 1 (49). - С. 36-39.
- 4. Впроваджено в:** Івано-Франківській міській клінічній лікарні № 1.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 8
- 7. Ефективність впровадження:**

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Повна бактеріологічна санація післяопераційної рани промежини на 7 добу	66,7 %	62,5 %

- 8. Зауваження, пропозиції:** немає.

### Відповідальний за впровадження:

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

 (підпис)  
 (ПІБ)

Члени комісії:

 (підпис, ПІБ)  
  
1 - р.: 

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ \_\_\_\_\_



Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД

**"ЗАТВЕРДЖУЮ"**  
**Жупанов Олександр Борисович**  
керівник установи, в якій проведено впровадження

"15" 11 2010 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Ультразвукова діагностика глибоких форм гострого парапроктиту ендоректальним датчиком.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Шевчук Ігор Михайлович, Новицький Олег Васильович.
- 3. Джерело інформації:** Шевчук І.М. Діагностика та хірургічна тактика при лікуванні хворих гострим парапроктитом / І.М. Шевчук, О.В. Новицький // Український журнал хірургії. - 2009. - № 1. - С. 145-147.
- 4. Впроваджено в:** Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М.І. Пирогова.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 9
- 7. Ефективність впровадження:**

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Вірогідність візуалізації розташування гнояка	71,4 %	77,8 %

- 8. Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

  
(підпис)

  
(ПІБ)

Члени комісії:  
посада, підпис, ПІБ

  
хірург  
хірург

  
Королюк М.І.  
Нубек М.В.

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ \_\_\_\_\_



Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД

"ЗТВЕРДЖУЮ"  
Жупанов Олександр Борисович  
керівник установи, в якій проведено впровадження

" 25 " 11 2010 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Новицький Олег Васильович, Шевчук Ігор Михайлович, Петрина Олег Миронович, Шаповал Анатолій Леонідович.
- 3. Джерело інформації:** Патент на корисну модель № 41249 Україна. МПК А 61 В 17/00; № и 200815029; заявл. - 26.12.2008; опубл. - 12.05.09, Бюл.- № 9.
- 4. Впроваджено в:** Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М.І. Пирогова.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 8
- 7. Ефективність впровадження:**

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Попередження розвитку флегмони м'яких тканин промежини	100 %	100 %

- 8. Зауваження, пропозиції:** немає.


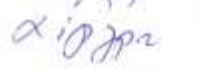
**Відповідальний за впровадження:**

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

  
(підпис)

  
(ПІБ)

Члени комісії:  
посада, підпис, ПІБ

хірург   


Корольов М.І.  
Ковал М.В.

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ \_\_\_\_\_

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД



**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
установи, в якій проведено впровадження  
12 2010 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Місцеве лікування післяопераційних ран промежини у хворих на гострий парапроктит мазями "Ацербін" і "Офлокаїн" у першу фазу ранового процесу.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Новицький Олег Васильович.
- 3. Джерело інформації:** Новицький О.В. Досвід застосування мазі «Офлокаїн-Дарниця» в місцевому лікуванні післяопераційних ран у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту /О.В. Новицький// Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2009. - Т. 9, Вип. 4. - С. 64-67.
- 4. Впроваджено в:** Рівненській обласній клінічній лікарні.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 18
- 7. Ефективність впровадження:**

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Тривалість першої фази ранового процесу (добі)	8,4±0,3	Очищення рани промежини від гнійно-некротичних мас відбувалося в середньому на 8 добу

**8. Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

*(Signature)*  
(підпис)

*(Signature)*  
(ПІБ)

Члени комісії:

*(Signature)*  
*(Signature)*

*(Signature)*

*(Signature)*



підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ \_\_\_\_\_

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД



2010 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

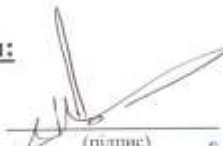
- 1. Найменування пропозицій для впровадження:** Ультразвукова діагностика глибоких форм гострого парапроктиту ендоректальним датчиком.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Шевчук Ігор Михайлович, Новицький Олег Васильович.
- 3. Джерело інформації:** Шевчук І.М. Діагностика та хірургічна тактика при лікуванні хворих гострим парапроктитом / І.М. Шевчук, О.В. Новицький // Український журнал хірургії. - 2009. - № 1. - С. 145-147.
- 4. Впроваджено в:** Рівненській обласній клінічній лікарні.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 13
- 7. Ефективність впровадження:**


Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Вірогідність візуалізації розташування гнояка	71,4 %	69,2 %

**8. Зауваження, пропозиції:** немає.

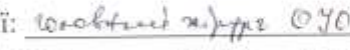

**Відповідальний за впровадження:**


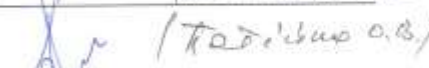
Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

  
(підпис)

  
(ІПБ)

Члени комісії:  
посада, підпис, ІПБ

   
хірург маб'ястї 438

   
(Каб'ястї а.б.)

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ \_\_\_\_\_

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД



"ЗАТВЕРДЖУЮ"

установи, в якій проведено впровадження

12 \_\_\_\_\_ 2010 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Пряма антеградна ендолімфатична протимікробна терапія у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту.
2. **Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Шевчук Ігор Михайлович, Новицький Олег Васильович, Галицький Валентин Васильович.
3. **Джерело інформації:** Шевчук І.М. Ендолімфатична антибактеріальна терапія в комплексному лікуванні хворих на глибокі форми гострого гнильного парапроктиту / І.М. Шевчук, О.В. Новицький, В.В. Галицький // Шпитальна хірургія. - 2010. - № 1 (49). - С. 36-39.
4. **Впроваджено в:** Рівненській обласній клінічній лікарні.
5. **Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
6. **Загальна кількість спостережень:** 6
7. **Ефективність впровадження:**

Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Повна бактеріологічна санація післяопераційної рани промежини на 7 добу	66,7 %	66,7 %

8. **Зауваження, пропозиції:** немає.

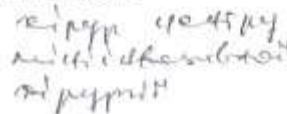
### Відповідальний за впровадження:

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

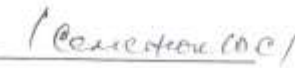
  
(підпис)

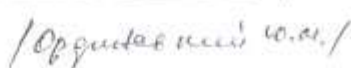
  
(ПІБ)

Члени комісії:   
посада, підпис, ПІБ

  
керівник центру  
медичної статистики  
лікарні



  
(посада, ПІБ)

  
(посада, ПІБ)

підприємство, організація  
Ідентифікаційний  
код ДРЗОУ \_\_\_\_\_

Типова  
форма № 3-1  
Мінстату України  
від 24.03.95 № 79  
по УКУД



2010 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту.
- 2. Заклад, що розробив, його поштова адреса:** Івано-Франківський національний медичний університет; 76000, м. Івано-Франківськ, вул Галицька, 2.
- Прізвище, ім'я, по батькові авторів:** Новицький Олег Васильович, Шевчук Ігор Михайлович, Петрина Олег Миронович, Шаповал Анатолій Леонідович.
- 3. Джерело інформації:** Патент на корисну модель № 41249 Україна. МПК А 61 В 17/00; № и 200815029; заявл. - 26.12.2008; опубл. - 12.05.09, Бюл.- № 9.
- 4. Впроваджено в:** Рівненській обласній клінічній лікарні.
- 5. Строки впровадження:** з 2009 по 2010 рік.
- 6. Загальна кількість спостережень:** 12
- 7. Ефективність впровадження:**

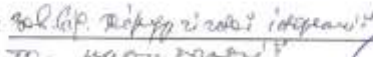
Показники	За даними	
	розробників	установи, де впроваджується
Попередження розвитку флегмони м'яких тканин промежини	100 %	100 %


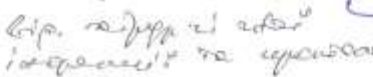
**8. Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Керівник виробничого  
підрозділу: начмед лікарні

 (підпис)  (ПІБ)

Члени комісії:  та  (ПІБ)

 та  (ПІБ)